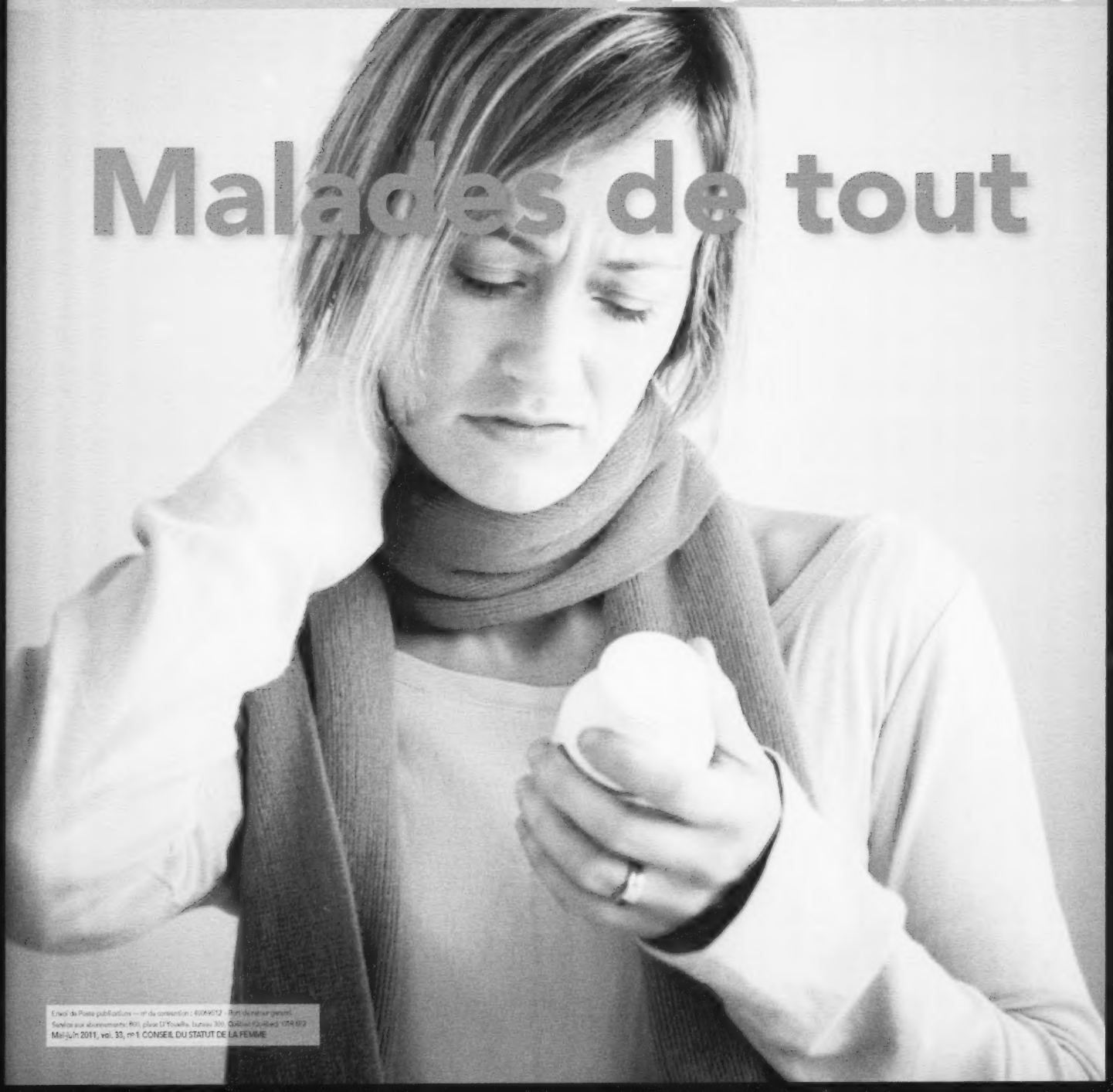
MAI-JUIN 2011

:: Gazette DES FEMMES

www.placealegalite.gouv.qc.ca
Tout sur la condition des femmes d'ici et d'ailleurs

Malades de tout



Envoi de Poste publications — nº de convention : 40069612 - Port de retour garanti.
Service aux abonnements: 800, place D'Youville, bureau 300, Québec (Québec) G1R 0J2
Mai-juin 2011, vol. 33, nº 1 CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME

Daniel Lanteigne

Valérian Mazataud

L'imagier

DOSSIER

10 MALADES DE TOUT

Les avancées technologiques et le puissant lobby de l'industrie pharmaceutique aidant, notre société glisse de plus en plus vers une médicalisation de la santé. Suivant cette logique, de nouvelles maladies apparaissent et, dans leur sillage, de nouveaux médicaments. En santé des femmes, la médicalisation embrasse aujourd'hui presque toutes les étapes de la vie reproductive. Y a-t-il moyen de faire autrement? Peut-être. Il faudrait d'abord que le spectre des causes d'une maladie soit élargi, tandis que les femmes, elles, devraient réclamer le droit à une information juste pour consentir à leurs traitements de manière éclairée.

16 Maîtresses de notre santé

19 Dépression postnatale : la source du mal

21 Le travail, c'est la santé?

23 Le vaccin aux mille vertus

7 Enceinte, moi?

Le déni de grossesse suscite l'incompréhension et la consternation. Ces mères qui ne savent pas qu'elles portent un enfant sont-elles négligentes ou souffrantes? De l'avis de spécialistes, seules des recherches plus poussées permettront de comprendre ce syndrome.

25 Actrices de leur révolution

Des quatre coins du Caire et de plus loin, elles ont envahi la place Tahrir. Gros plan sur quelques Égyptiennes qui n'ont pas craint d'entrer dans le ventre de la révolution.

29 La revanche des gros

Derrière le discours de la lutte contre l'obésité se cache une obsession esthétique, mais aussi la stigmatisation des personnes de poids élevé. Les *fat studies*, nouvelle discipline universitaire qui se porte à la défense de la diversité corporelle, parviendront-elles à faire contrepoids?

34 La route est longue

Au terme de 13 années de lutte, les éducatrices en milieu familial ont enfin obtenu des congés payés, des avantages sociaux, une légère augmentation salariale, sans oublier la reconnaissance de leur métier et de leur apport au système éducatif québécois. Pas mal, même si les nouveaux acquis restent à bonifier.

RUBRIQUES

3 LA RÉDACTION VOUS PROPOSE | **4** BOÎTE AUX LETTRES | **5** MOT DE LA PRÉSIDENTE | **6** PERSPECTIVE CSF | **32** TÊTE-À-TÊTE | **36** BOUQUINS | **39** BILLET

Claudel Huot

À NOTRE SANTÉ!

Chaque année, ma visite chez le gynécologue me donne l'impression d'avoir été balayée par une tornade. Voyez-vous, mon gynéco, comme beaucoup de ses confrères, est très efficace : en plus de procéder aux divers examens et de prescrire la contraception ou la médication appropriée, il vient lui-même chercher ses patientes dans la salle d'attente. Entre le traditionnel « Déshabillez-vous » et le « Vous pouvez vous rhabiller », il me semble chaque fois que 30 secondes tout au plus se sont écoulées. Ce rendement extrême me presse de me montrer tout aussi opérante pour remonter ma petite culotte, rattacher mon soutien-gorge, pendant qu'il me lance depuis la pièce d'à côté : « Toujours le même conjoint? Côté contraception, ça va? »… « Euh… oui, oui! » que je réponds d'une voix étouffée par mon cardigan que je tente de renfiler. Mais quel est le rapport? Le choix d'un moyen de contraception repose-t-il avant tout sur la stabilité de mon partenaire? Et mes préférences? Et la réaction de mon corps à tel ou tel contraceptif?

Puis, je m'assois à son bureau – trois secondes max – pour la conclusion de l'entretien : « Si je ne vous rappelle pas, ça veut dire que tout est beau. Des questions? Non? À l'année prochaine! » Le bruit de la porte que je referme derrière moi sonne la fin de l'épisode orageux. Je rajuste un peu ma jupe, tire sur mon chemisier, passe une main dans mes cheveux… Je me sens comme une girouette au lendemain d'une tempête!

Et pourtant, cette personne vient de s'assurer de l'état de santé de mes organes les plus intimes. Me suis-je sentie considérée comme un sujet? Je dois admettre l'avoir été davantage en présence de ma coiffeuse, ou chez ma dentiste, voire avec mon cordonnier. Heureusement pour moi, ma santé va bien. Mais si quelque chose me préoccupait, mon médecin se montrerait-il davantage à l'écoute? Prendrait-il le temps de s'informer des conditions sociales dans lesquelles je vis – et de leur influence possible sur ma santé physique et émotionnelle – afin de faire une évaluation globale de mon état de santé? Peut-être. Laissons-lui le bénéfice du doute.

Toutefois, selon les spécialistes que la *Gazette des femmes* a consultés pour la réalisation du dossier *Malades de tout*, la solution aux différents problèmes de santé réside fréquemment dans la prescription expéditive d'un médicament. Simplement parce que la moindre affection est de plus en plus synonyme de maladie à soigner, et que le médicament s'avère la réponse immédiate. Les femmes en savent quelque chose! Leur spécificité biologique fait en sorte que la médicalisation embrasse aujourd'hui plusieurs étapes de leur vie.

Les médecins ne sont pas les seuls à blâmer pour cette toute probable surmédicalisation de la santé. La force de persuasion des compagnies pharmaceutiques, les avancées technologiques contribuent à implanter cette attitude. Et nous alimentons aussi ce comportement puisque nous sommes devenus de moins en moins tolérants aux malaises physiques, aussi légers soient-ils.

Morale de l'histoire : il faut se montrer critiques, s'informer pour être en mesure de faire des choix éclairés en matière de traitements médicaux. Quitte à rester assises plus longtemps sur la chaise du médecin. Insistons! Et du côté des professionnels de la santé, souhaitons que la redéfinition de la relation patient-soignant, notamment en cours à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal (voir p. 12), fasse boule de neige. Il serait souhaitable que les personnes formées pour nous aider à avoir l'heure juste sur notre état de santé prennent en considération les diverses causes possibles d'une maladie, d'un malaise ou d'un épisode dépressif. En l'occurrence, les conditions sociales et économiques qui forment la toile de fond de notre vie… et de notre santé.

L'histoire s'écrit chaque jour

À parcourir dans ce numéro, un touchant photoreportage signé Valérian Mazataud – qui aurait été qualifié de surréaliste il y a un an à peine – qui fait une rétrospective de la révolution égyptienne au féminin. Puis, retracée par la journaliste Melina Schoenborn, la longue route des éducatrices en milieu familial qui les a menées à la signature d'une entente de principe avec le gouvernement du Québec, officialisée ce printemps. ::

Nathalie Bissonnette
Rédactrice en chef

QU'EN PENSEZ-VOUS?

Écrivez-nous vos commentaires et vos réactions par courriel après avoir parcouru notre dossier au **gazette@csf.gouv.qc.ca**.

SOMMAIRE

Faites-nous parvenir vos commentaires!

Pour vous publier, nous avons besoin de vos nom, adresse et numéro de téléphone. Vos coordonnées demeureront confidentielles. Les lettres peuvent être abrégées.

gazette@csf.gouv.qc.ca

Gazette des femmes
Conseil du statut de la femme
800, place D'Youville, bureau 300
Québec (Québec) G1R 6E2

La publication, le 28 mars dernier, de l'avis *Affirmer la laïcité, un pas de plus vers l'égalité réelle entre les femmes et les hommes* a suscité de nombreuses réactions parmi la population. Dans cet avis, le Conseil du statut de la femme fait la démonstration qu'un Québec respectueux de l'égalité entre les sexes ne peut continuer d'avancer sur la voie de la « laïcité ouverte ». Voici quelques commentaires de citoyens qui ont atterri dans la boîte de courriels de la *Gazette des femmes*.

Égales pour vrai!

Je viens de lire un article portant sur la laïcité du Québec et je félicite le Conseil du statut de la femme pour ses recommandations! J'espère seulement qu'elles seront incluses dans la Charte québécoise des droits et libertés, et partout où il serait approprié de le faire. Et qu'enfin les femmes seront reconnues comme de vraies égales, dans les faits, et pas seulement sur papier. Les religions les ont toujours brimées et considérées comme inférieures. Il est grand temps que cela change. Merci encore de nous soutenir.

Carmen Ethier
Gatineau

En **total** accord

Je veux féliciter le Conseil du statut de la femme et sa présidente, Christiane Pelchat, à la suite de l'entrevue que cette dernière a accordée à Benoit Dutrizac à l'émission *Dutrizac l'après-midi*, le 28 mars. J'avais déjà reproché l'inertie du Conseil sur la question des femmes musulmanes et du port du voile, mais cette fois, je vous félicite pour l'avis présenté au premier ministre, Jean Charest, ainsi qu'à la ministre de la Culture, des Communications et de la Condition féminine, Christine St-Pierre. Je suis entièrement d'accord (et je ne suis pas la seule) avec les modifications proposées à la Charte québécoise des droits et libertés et avec l'élimination de l'enseignement religieux dans les écoles, autant qu'avec le retrait des subventions aux écoles confessionnelles.

Francine Harvey
Saint-Sauveur

Une **réelle** portée?

Il y a quelques jours, j'ai entendu votre présidente dire à la télé que votre organisme recommanderait l'interdiction du port de tout signe religieux ostentatoire dans la fonction publique québécoise. À mon avis, cela ne servira pas à grand-chose : c'est ridicule de penser pouvoir empêcher une personne de s'habiller ou de se coiffer comme elle le veut, alors qu'au fond, cela ne changerait rien à ses croyances. Je crois qu'il serait suffisant de rendre illégal le fait de circuler en public le visage caché.

Pierre Samson
Saguenay

Depuis 1979, cette publication est élaborée à l'initiative et sous la supervision du Conseil du statut de la femme, qui en est l'éditeur.

- **Directrice**
  Nathalie Savard
- **Rédactrice en chef**
  Nathalie Bissonnette
- **Rédactrice-réviseure**
  Sophie Marcotte
- **Correctrices d'épreuves**
  Sophie Marcotte et Annie Paré
- **Réalisation graphique**
  Michèle Tellier
- **Adjointe administrative**
  Gaétane Lafertière
- **Impression**
  Transcontinental

Forest Stewardship Council

- **Marketing et publicité**
  Gaétane Lafertière, tél.: 418 643-4326 ou 1 800 463-2851
- **Courriel**
  gazette@csf.gouv.qc.ca
- **Site Internet**
  www.placealegalite.gouv.qc.ca
- **Changements d'adresse et retours postaux**
  Gazette des femmes
  Service aux abonnements
  800, place D'Youville
  3e étage, bureau 300
  Québec (Québec) G1R 6E2
  gazette@csf.gouv.qc.ca

Dépôt légal : 2e trimestre 2011
ISSN : 0704-4550
© Gouvernement du Québec

Les articles publiés dans la *Gazette des femmes* sont indexés dans Repère depuis le volume 2, nº 7 jusqu'à aujourd'hui. On peut également consulter les textes intégraux au www.placealegalite.gouv.qc.ca à partir du volume 20, nº 2.

La *Gazette des femmes* se dégage de toute responsabilité par rapport au contenu des publicités publiées dans ses pages.

Poste-publications — nº de convention : 40069512

Conseil du statut de la femme
Québec

SOMMAIRE

Normand Blouin

Christiane Pelchat, présidente du Conseil du statut de la femme

RENOUER AVEC LA **DIGNITÉ**

Rentrer du travail et trouver sa maison bien tenue, son lit fraîchement fait, ses chemises bien pressées, un plat qui mijote sur le feu et les enfants entre bonnes mains, voilà un privilège dont bénéficient de plus en plus de familles québécoises. Leur situation financière leur permet d'atténuer considérablement les tensions et les difficultés qu'engendre la conciliation travail-famille. Le travail d'Angela est alors louangé! On va jusqu'à lui faire la bise pour l'en remercier. Mais Angela est-elle considérée comme l'employée de la famille? Juridiquement parlant, rien n'est moins clair.

Pourtant, dans les faits, ces familles ont recours à des *travailleuses* domestiques. Des immigrantes dans 97 % des cas, mal rémunérées et mal protégées, dont le travail est encore précaire et potentiellement dangereux. Et qui ne bénéficient d'aucune couverture adéquate en matière de sécurité et de santé au travail.

En juin 2010, le gouvernement avait déposé le projet de loi 110 modifiant le régime de santé et de sécurité du travail pour inclure les domestiques et les gardiennes dans la définition de travailleur dans la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP). Attendus depuis longtemps, ces changements permettaient enfin de reconnaître les domestiques comme des travailleuses, mais n'accordaient une protection qu'à celles engagées sur une base régulière chez un même employeur (au moins 24 heures par semaine). Une contrainte discriminatoire, a jugé le Conseil du statut de la femme, d'autant qu'elle n'existe pour aucun autre type d'emploi. Elle perpétue en outre l'idée que le travail domestique n'est pas un vrai travail, que celles qui l'accomplissent sont *naturellement* vouées à ces tâches et qu'elles ne méritent qu'une protection partielle.

Ce projet de loi avait seulement franchi l'étape de l'adoption de principe à la clôture de la première session de la 39e législature. Il n'a pas été rappelé depuis. Et cela est inquiétant. En ce moment, un vide juridique concerne ces travailleuses. Il est urgent de le combler au moyen d'une législation non discriminatoire à leur endroit. Pour le Conseil, elles ont les mêmes droits que tous les autres travailleurs et méritent d'être reconnues sans discrimination par la LATMP et la Loi sur la santé et la sécurité du travail.

On connaît malheureusement trop bien les origines d'une telle discrimination. Une discrimination associée à la nature du travail domestique qui se fonde sur le sexe, mais aussi sur la condition sociale et l'origine ethnique. Ce qui n'est pas sans nous rappeler l'histoire des femmes qui, s'occupant de la maison, des soins aux enfants et de la préparation des repas, ont travaillé souvent sans rien obtenir en retour – ni reconnaissance ni rémunération –, tout simplement parce que l'on sous-évaluait les compétences requises et le temps nécessaire à l'exécution de ces tâches. Ces corvées allaient de soi, étant donné leur sexe!

Est-ce ce que croit encore le Conseil du patronat du Québec (CPQ), lui qui s'oppose vertement à l'idée que les aides domestiques puissent éventuellement bénéficier de la protection de la CSST? Cet organisme considère-t-il que les services d'une travailleuse domestique ne valent pas une rémunération juste ni même une protection minimale en matière de santé et de sécurité au travail? « Dans un contexte où les coûts du régime sont assumés entièrement par l'ensemble des employeurs, il nous semblerait tout à fait inapproprié d'alourdir encore davantage la charge de taxes sur la masse salariale assumée par ces derniers et, ainsi, de nuire à leur compétitivité », justifie l'organisme.

La compétitivité, oui, mais pas à n'importe quel prix. Les positions du CPQ ont tout de même le mérite de nous faire comprendre où se loge l'organisme en matière d'atteinte de l'égalité des sexes. Je me rappelle que tout récemment, le CPQ soutenait qu'il y avait trop de congés préventifs accordés aux femmes enceintes. Et je me souviens aussi qu'au sujet de l'abolition de la rente de veuve, le même CPQ suggérait aux femmes de simplement se remarier pour combler le vide du retrait de la Régie des rentes du Québec! Des souvenirs qui donnent à penser que la vision du CPQ est souvent courte et sexiste.

De mon point de vue, « s'allier pour la prospérité », pour emprunter le slogan du CPQ, voudrait dire éliminer une discrimination historique et moyenâgeuse de la législation relative à la santé et à la sécurité au travail, afin que les individus qui composent notre société – femmes et hommes – soient autonomes sur le plan économique, et non à la remorque de l'État ou d'un soutien de famille. C'est là que commence la dignité. ::

SOMMAIRE

Actions en bref

Janvier / Le Conseil du statut de la femme a publié l'avis *Intégrer les femmes aux grands choix économiques, sociaux et environnementaux*, qui porte sur le deuxième plan d'action de la politique gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes et qui présente une série de mesures concrètes. « Contrairement à l'idée trop répandue que l'égalité entre les femmes et les hommes est déjà atteinte, les inégalités perdurent. Nos indicateurs le montrent clairement. Les acquis sont menacés et les dangers de recul sont nombreux », a déclaré la présidente du Conseil, Christiane Pelchat, lors des consultations de l'Assemblée nationale portant sur ce deuxième plan d'action.

Au cours du même mois, la présidente du Conseil s'est adressée aux membres du comité directeur du Réseau des femmes parlementaires de l'Assemblée parlementaire de la Francophonie (APF) à l'occasion d'une rencontre à l'Assemblée nationale du Québec. Elle y a notamment discuté du rôle du Conseil et des répercussions de ses interventions sur l'accès à l'égalité entre les sexes au Québec. Le Réseau des femmes parlementaires existe depuis 2002 et vise à promouvoir une meilleure participation des femmes à la vie politique, économique, sociale et culturelle, tant en Suisse, où il a été créé, que dans l'ensemble de l'espace francophone.

Mars / À l'occasion de la Journée internationale des femmes, le Conseil a diffusé trois publications destinées à outiller ses partenaires et à sensibiliser la population à propos de la condition des femmes dans différentes sphères de la société. Le *Portrait des Québécoises en 8 temps* illustre, par une série de données statistiques, la situation des Québécoises dans divers domaines de leur vie. Le document illustré *La constante progression des femmes* retrace quant à lui la mémoire de générations de femmes d'exception. Finalement, le feuillet *L'origine véritable du 8 mars* rappelle les racines de cette journée commémorative en relatant différentes luttes menées par les femmes au 20e siècle. « Cette journée, a rappelé Mme Pelchat, est l'occasion de faire le point sur la situation de l'égalité entre les sexes et de réitérer notre volonté que soient corrigées les situations où des inégalités persistent. »

Le mémoire sur le projet de loi 110, Loi modifiant le régime de santé et de sécurité du travail pour accorder une plus grande protection à certains domestiques, a été rendu public par le Conseil le 18 mars dernier. Déposé en juin 2010, ce projet de loi avait seulement franchi l'étape de l'adoption de principe à la clôture de la première session de la 39e législature. Dans le sillage du discours inaugural de la deuxième session, prononcé par Jean Charest le 23 février, le gouvernement n'a pas encore annoncé son intention de remettre à l'étude le projet de loi au cours de la présente session. Le Conseil est toutefois d'avis que le projet de loi 110, tel qu'il a été présenté, introduit des éléments discriminatoires à l'égard des travailleuses domestiques. Dans son mémoire, l'organisme formule des recommandations visant à corriger la situation. Inquiet du sort des travailleuses domestiques, il demeure à l'affût des développements dans ce dossier. Les travailleuses domestiques commencent quant à elles à s'impatienter. La coalition La CSST pour les travailleuses et travailleurs domestiques, formée de plusieurs syndicats et groupes de femmes, a réitéré ses demandes auprès de la ministre du Travail, Lise Thériault, lors d'une conférence de presse le 10 avril dernier.

Le 28 mars, la présidente du Conseil a rendu public l'avis *Affirmer la laïcité, un pas de plus vers l'égalité réelle entre les femmes et les hommes*, qui démontre clairement qu'un Québec respectueux de l'égalité entre les sexes ne peut continuer d'avancer sur la voie de la « laïcité ouverte ». L'organisme estime qu'il est temps d'affirmer la laïcité de l'État dans la Charte québécoise des droits et libertés afin que le principe de la séparation de l'État et de la religion constitue une valeur collective fondamentale. Rappelons que l'égalité entre les sexes est le droit le plus susceptible d'être compromis au nom de la liberté de religion, en raison du statut subordonné qui est réservé aux femmes dans les religions monothéistes. Dans cet avis, le Conseil formule neuf recommandations à l'attention du gouvernement. À la suite de la publication de cet avis et des entrevues accordées par la présidente à la presse, les citoyens ont été nombreux à écrire au Conseil pour lui faire part de leurs commentaires. Signe tangible que le sujet mérite d'être débattu publiquement!

Mai / La présidente du Conseil s'est rendue en mission à Paris du 8 au 13 mai pour participer aux activités entourant le 50e anniversaire de la Délégation générale du Québec à Paris. Au programme : plusieurs rencontres avec des élues et divers groupes de femmes français, de même que des sessions de travail et des rencontres de presse. Le point fort de la mission s'est tenu le 12 mai avec la rencontre Regards croisés sur le thème de l'égalité entre les femmes et les hommes, à laquelle a participé Mme Pelchat. Organisées par la Délégation générale du Québec à Paris, les rencontres Regards croisés invitent des panélistes de France et du Québec à présenter et à comparer leurs points de vue sur divers enjeux de société. ::

PLUS D'INFO :

www.placealegalite.gouv.qc.ca

SOMMAIRE

Enceinte, **moi**?

On a entendu l'histoire maintes fois : une femme a accouché alors qu'elle ignorait qu'elle était enceinte. Souffrante ou négligente? La frontière entre les deux peut être mince… Lumière sur le déni de grossesse, un mystère à élucider.

| par Chantal Éthier

Durant la nuit du 13 juillet 2008, Marie-Ève Bastille, 23 ans, accouche seule et en silence dans sa baignoire, pendant que sa compagne dort dans une autre pièce. Deux jours plus tard, son bébé est retrouvé sans vie dans une benne à déchets du quartier Limoilou, à Québec. Selon le pathologiste qui a témoigné en cour, le poupon était vivant à la naissance et portait les marques d'un traumatisme crânien.

Accusée de meurtre au deuxième degré, Marie-Ève Bastille a plaidé coupable à une accusation beaucoup moins grave : homicide involontaire dû à la négligence. Lorsqu'il a rendu sa sentence, l'automne dernier, le juge Claude Gagnon a expliqué que le déni de grossesse, dont l'accusée aurait souffert, faisait partie des circonstances atténuantes.

Ce trouble est mal connu, surtout de ce côté-ci de l'Atlantique. La Dre Marie-Josée Poulin, psychiatre à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec, figure parmi les rares spécialistes de la question. « Depuis des centaines d'années, on connaît ce syndrome, qui se définit par le fait d'être enceinte sans le savoir », dit-elle. Les cas extrêmes ressemblent à un épisode de la série documentaire *I Didn't Know I Was Pregnant*, diffusée à la télé américaine : une femme se présente à l'urgence avec de violentes douleurs abdominales dont elle ignore la cause. Le personnel médical découvre qu'elle est sur le point d'accoucher.

Comme les études sur ce phénomène ne sont pas légion, il est ardu de le quantifier. D'après une recherche menée en Allemagne et publiée dans le *British Medical Journal*, le déni jusqu'à l'accouchement se produirait 1 fois sur 2 455. En France, on estime plutôt que ce syndrome toucherait entre 1 et 3 femmes enceintes sur 1 000.

Un trouble psychologique étrange, difficile à comprendre. La journaliste française Gaëlle Guernalec-Levy, qui a mené une enquête sur le sujet, établit un parallèle entre le déni de grossesse et la grossesse nerveuse. « Dans un cas, le corps attend un bébé, mais pas la tête, explique-t-elle. Dans l'autre, la tête est enceinte, mais pas le corps. »

Pour la Dre Poulin, ce syndrome témoigne de la force de l'inconscient. « C'est comme si la conscience n'avait plus accès à une partie du corps. Les changements physiologiques de la grossesse ne sont pas ressentis, les

SOMMAIRE

Simon Leconte

« Le déni de grossesse se produit chez des femmes pour qui l'idée d'une grossesse est insupportable. »

Dre Marie-Josée Poulin, psychiatre à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec

mouvements du bébé non plus. » Ce mécanisme est si puissant que, dans certains cas, le cerveau incite les muscles de l'abdomen à se contracter, ce qui rend la grossesse moins apparente. La femme peut ainsi mieux se leurrer, et son entourage tombe aussi dans le panneau.

« Le déni se produit chez des femmes pour qui l'idée d'une grossesse est insupportable, explique la Dre Poulin. Comme si le fait d'être enceinte représentait une menace extrême. » Pourquoi? Chaque histoire est différente. Pour certaines, la grossesse suit une relation sexuelle hors mariage, jugée inacceptable. Pour d'autres, elle est la conséquence d'une première relation sexuelle pas tout à fait consentante. Ou d'un adultère. Parfois, l'enfant qui arrive est tout simplement de trop.

État de choc

La plupart des dénis de grossesse sont découverts entre la 18e et la 24e semaine de gestation. La patiente consulte pour des problèmes digestifs, de la fatigue ou des douleurs aux seins. Lorsqu'elle apprend qu'elle porte un enfant, c'est le choc. Se pose alors l'inévitable question : comment expliquer qu'elle ne se soit rendu compte de rien? La plupart du temps, la grossesse finit par être acceptée.

Tout de même, une certaine gêne, teintée de culpabilité, subsiste. Le bébé n'a pas reçu de soins prénataux. La grossesse n'a pas été vécue. D'ailleurs, les témoignages sont quasi inexistants. Sur le Web, on trouve plus de chercheurs en quête de cas que de mères prêtes à se confier. Et si elles le font, c'est sous le couvert de l'anonymat. « J'avais déjà trois enfants et je n'ai jamais senti le bébé bouger, raconte l'une d'elles dans un forum de discussion. J'ai beaucoup pleuré et j'ai mis du temps à accepter ma grossesse. » Une autre rapporte que jusqu'à l'âge de deux ans, sa fille l'a complètement rejetée, n'acceptant d'être nourrie que par son père. « C'est peut-être à cause de mon déni de grossesse? » se demande-t-elle.

Les dénis totaux – qui se poursuivent jusqu'à l'accouchement – sont encore plus bouleversants, surtout lorsqu'ils impliquent des adolescentes. « Je vois un ou deux cas de ce genre par année », affirme le Dr François Beaudoin, obstétricien à l'hôpital Sainte-Justine. Des jeunes de 16 ou 17 ans qui se présentent à l'urgence avec leurs parents pour des crampes que ceux-ci attribuent à une gastroentérite. « Je dois souvent

« Chaque année, je vois un ou deux cas de déni de grossesse jusqu'à l'accouchement impliquant des adolescentes. »

Dr François Beaudoin, obstétricien à l'hôpital Sainte-Justine

annoncer la nouvelle aux parents, relate le médecin. En quelques minutes, ils apprennent que leur fille est active sexuellement, qu'elle est enceinte, qu'elle est en train d'accoucher et… qu'ils seront bientôt grands-parents. » Certains tombent des nues. D'autres finissent par admettre qu'ils se doutaient de quelque chose.

Selon la psychiatre Marie-Josée Poulin, non seulement la femme enceinte est impliquée dans le déni total, mais son entourage également. Certains parents remarquent que leur fille prend du poids, mais se contentent d'explications approximatives. « Le déni fait partie de certaines cultures familiales », précise-t-elle. Les parents de Marie-Ève Bastille se posaient des questions et lui avaient

SOMMAIRE

même demandé si elle était enceinte. Elle avait répondu par la négative. Que pouvaient-ils faire de plus? Leur fille était majeure et ne vivait plus sous le toit familial.

Mais comment le conjoint peut-il passer à côté? Selon une étude française menée auprès de 2 550 femmes et publiée en 2002, la moitié de celles qui souffraient de ce syndrome avaient déjà été enceintes. Le jeune âge ou l'ignorance du conjoint ne peuvent donc pas être mis en cause. Certains sont trompés par la très légère prise de poids de la mère. D'autres n'envisagent pas cette possibilité car leur conjointe prenait des contraceptifs ou se croyait infertile.

Plusieurs mythes entourent le déni de grossesse. On croit souvent qu'il touche des femmes peu éduquées. Pourtant, des étudiantes en médecine et en droit, de même que des infirmières, figurent parmi les cas recensés. Autre théorie erronée: une grossesse peut être masquée par un surplus de poids. Les chercheurs ne constatent pas plus de déni chez les femmes obèses que chez celles qui ont un poids santé.

Quand ça tourne mal

Lorsqu'une femme en plein déni de grossesse se présente en douleurs à l'urgence, le personnel hospitalier la met en contact avec un psychologue ou un psychiatre dans les heures ou les jours qui suivent. « La plupart du temps, une fois la surprise passée, un lien s'établit entre la mère et l'enfant », note le Dr François Beaudoin. Par contre, celles qui accouchent dans la solitude peuvent être en état de choc et abandonner le bébé. Ou croire, dans un moment de panique, qu'il ne respire pas.

Certaines femmes nient non seulement leur grossesse, mais aussi leur accouchement. En février dernier, à

« À ma connaissance, c'était la première fois au Canada que la défense invoquait le déni de grossesse dans un tribunal. »

Me Maxime Roy, l'avocat qui a défendu Marie-Ève Bastille

Greenville, aux États-Unis, une jeune femme de 24 ans qui assistait à un spectacle a quitté la salle pour donner naissance à son bébé dans les toilettes. Elle est ensuite revenue dans les gradins pour assister à la fin de la représentation. Déjà mère d'une fillette de quatre ans, la jeune femme prétend ne se souvenir de rien. Le bébé a été retrouvé vivant, dans la cuvette.

Dans la majorité des cas, si l'enfant meurt, c'est faute de soins et non à la suite d'un geste délibéré de la mère. En fait, le déni de grossesse ne conduit au néonaticide que dans 10 % des cas. « Cependant, il en augmente les risques, note la Dre Poulin. Toutes celles qui ont vécu une telle expérience devraient subir une évaluation psychologique. » L'entourage doit aussi faire sa part et poser des questions lorsqu'il a des soupçons. Pour la santé de la mère et celle de l'enfant, il vaut mieux mettre fin au déni de grossesse le plus tôt possible.

Étrangement, même si les médecins connaissent bien ce syndrome, il ne figure pas dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Outre-Atlantique, l'Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse se bat pour que ce syndrome soit médicalement et juridiquement reconnu. Selon le regroupement, tant que ce ne sera pas fait, on enverra des femmes en prison pour de mauvaises raisons. « De plus, cette reconnaissance est essentielle pour pouvoir aider ces femmes, prévenir les dénis totaux et la mortalité infantile qui y est liée », affirmait Gaëlle Guernalec-Levy lors de la sortie de son livre *Je ne suis pas enceinte. Enquête sur le déni de grossesse* (Stock, 2007).

« Même pour des enquêteurs aguerris, trouver un bébé dans un bac à déchets, c'est choquant, dit Me Maxime Roy, l'avocat qui a défendu Marie-Ève Bastille. Il est difficile pour tout le monde d'aller au-delà des images sordides. » La cause n'était pas gagnée d'avance. « À ma connaissance, c'était la première fois au Canada que la défense invoquait le déni de grossesse dans un tribunal. »

Tout de même, la frontière est parfois ténue entre la mort d'un nouveau-né par négligence, chez une femme vivant un déni total, et le meurtre d'un enfant. Comment savoir si une mère souffre vraiment de ce syndrome ou si elle n'a pas tout simplement décidé de se débarrasser du bébé? « Plus les chercheurs se pencheront sur le sujet, mieux on comprendra le déni de grossesse, et moins on risquera de se tromper », conclut la psychiatre Marie-Josée Poulin. ::

SOMMAIRE

Malades de tout

Après l'ère de l'information, de la performance et de la consommation de masse, bienvenue dans l'ère de la surmédicalisation! Déjà, elle a vu plusieurs processus physiologiques naturels intronisés au temple de la renommée médicale. Baisse de moral et irritabilité après l'accouchement? Maladie. Changements liés à la ménopause? Maladie. Diminution de la performance sexuelle? Maladie. Mais de plus en plus de spécialistes disent stop! La *Gazette des femmes* donne la parole à quelques-uns d'entre eux.

SOMMAIRE

Développer une vision globale de la santé, qui considérera les conditions sociales déterminantes pour la santé des femmes et leurs cycles physiologiques, pourrait s'avérer un puissant antidote à la surmédicalisation, estime Lydya Assayag, directrice du RQASF.

Gilles Delisle

| par Marie Lachance

Sommes-nous *Malades d'inquiétude?* C'est la question que pose le titre du livre récemment traduit de Nortin M. Hadler, médecin états-unien, professeur et auteur de plusieurs ouvrages et articles de référence. Paru en 2008, son essai montre combien il est difficile de croire à son bien-être quand les campagnes de promotion de la santé sont axées sur la peur et attribuent un nom médical au moindre petit malaise… avec pilule ou vaccin à la clé. « La religion a souvent joué sur la peur et la culpabilité. Le milieu de la santé reprend la même formule, avance Lydya Assayag, directrice du Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF). C'est sans contredit la formule du pouvoir. »

Ce que nous apprend par ailleurs le Dr Hadler, c'est que les malaises courants (maux de tête, troubles digestifs, insomnie, etc.) sont aussi le lot des bien-portants. Être en santé ne signifie donc pas ne souffrir d'aucun mal. Pourtant, dès qu'il y a affection, nous aurions tendance à perdre nos moyens et à nous en remettre totalement à la médecine. Comme si nous avions perdu confiance en notre jugement et en notre capacité de supporter des épisodes de douleur.

Dans les années 1970, un mouvement en santé des femmes a vu le jour au Québec, s'attardant d'abord au droit à l'avortement et aux contraceptifs. Très vite, il prendra position contre la médicalisation du corps et s'intéressera à la justice sociale. Dans les années 1980, des groupes se rassemblent en réseau pour finalement former, en 1997, le RQASF. Ce dernier travaille, dans une perspective féministe, à l'amélioration de la santé et des conditions de vie des femmes et offre des solutions de rechange à la médicalisation des processus physiologiques naturels.

Ni Mme Assayag ni le Dr Hadler n'insinuent que la médecine n'a rien de bon à offrir. Ils invitent simplement à demeurer vigilant devant les traitements suggérés, voire imposés. Un scepticisme éclairé : voilà l'attitude à adopter. « Ce n'est pas normal de ne pas avoir un mot à dire sur les traitements que nous propose notre médecin, analyse la directrice du RQASF. Il faut être capable d'affirmer : "C'est mon corps!" C'est un discours féministe de la première heure, mais qui est encore nécessaire. »

L'avocate, chercheuse et enseignante se dit toutefois encouragée par le programme

SOMMAIRE

POUR UNE NOUVELLE RELATION SOIGNANT-PATIENT

Sortir la médecine du scientisme et du paternalisme, voilà le défi auquel s'attaque Vincent Dumez, responsable du programme Patient partenaire de soins de l'Université de Montréal.

Hémophile depuis l'enfance, Vincent Dumez a contracté le VIH et l'hépatite C lors de l'affaire du sang contaminé, dans les années 1980 et 1990. Ce qui en fait un grand consommateur de services de soins et, sans conteste, un patient expert. C'est à ce titre – et pour ses nombreux travaux et engagements dans la promotion d'une meilleure relation médecin-patient – que la faculté de médecine de l'Université de Montréal l'a nommé directeur de son Bureau facultaire de l'expertise patient partenaire.

Sous la supervision du doyen de la faculté, il met l'épaule à la roue pour instaurer le programme d'études en médecine Patient partenaire de soins, fondé sur l'approche collaborative de la relation soignant-patient. Si tout va comme prévu, le programme devrait être mis en place dès 2013. Parmi ses objectifs : accorder au patient la liberté de choisir, mettre de l'avant des soins humanisés et reconnaître que le patient est une personne compétente. Des changements en profondeur qui s'opèrent même en amont de la formation. « Déjà, dans la sélection des élèves, on veut revoir le processus d'évaluation. On ne recherchera pas seulement des élèves qui brillent par leur intelligence scientifique, mais également des candidats ayant une intelligence sociale développée et de bonnes capacités d'empathie », souligne M. Dumez.

L'UdeM n'est pas la seule à effectuer ce virage. En Angleterre et aux États-Unis, des programmes de médecine sont rénovés de la cave au grenier, dans le but d'apporter plus d'humanité aux soins. « On comprend aujourd'hui que toute bonne décision de soins doit s'adapter au contexte de vie des patients. Ce qui, en bout de piste, donnera une médecine plus personnalisée, moins en résistance et en tensions. On se rend compte aussi que le patient qui sort de l'hôpital est mal informé sur la suite des traitements, notamment en ce qui concerne la prise des médicaments. Or, c'est par l'information qu'on permettra aux patients de devenir les acteurs de leurs soins », estime M. Dumez.

L'heure du changement aurait-elle enfin sonné ? « Le patient est en quête d'autonomisation. C'est pourquoi il se tourne souvent vers les médecines "alternatives", où il trouve une zone de liberté. Avec ce programme, nous voulons redonner sa liberté au patient, et sortir la médecine du scientisme et du paternalisme. » (M. Lachance)

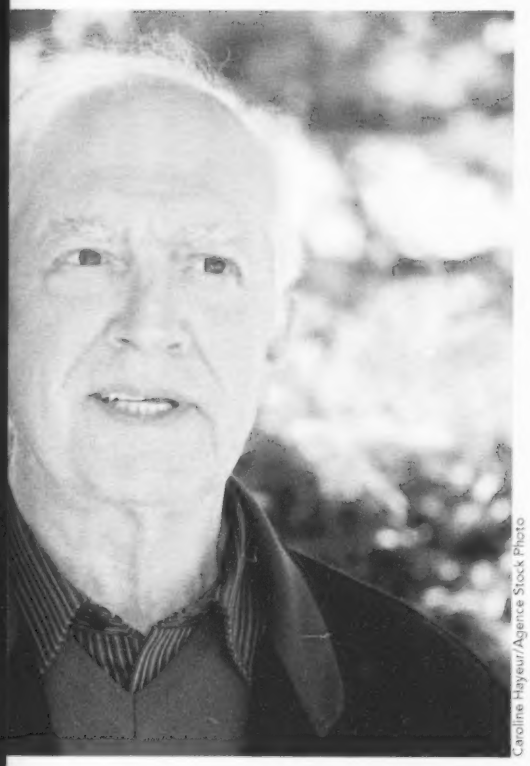
Patient partenaire de soins (voir encadré ci-dessus) de l'Université de Montréal. Cette formation en médecine considère le patient comme un expert – il est notamment invité à participer au choix de son propre traitement – et le place dans un rapport égalitaire avec l'équipe soignante.

Business pharmaceutique

Fernand Turcotte est médecin, professeur, cofondateur du Département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval… et traducteur des livres de Hadler. Il constate qu'on oublie trop souvent que les compagnies pharmaceutiques sont des entreprises privées qui doivent atteindre des objectifs de rentabilité. Le problème, c'est qu'elles arrivent à convaincre des médecins et la population du caractère essentiel du médicament ou du vaccin qu'elles s'apprêtent à mettre sur le marché. « Leur objectif, c'est de créer des besoins afin d'assurer la vente de leurs produits, explique Fernand Trucotte. Il faut que le monde médical arrête de compter sur l'apport de l'industrie pharmaceutique dans le développement de la médecine. Ça ne mène nulle part. »

Lydya Assayag se désole également du rôle central que joue cette industrie mercantile dans le domaine de la santé. « On considère la santé comme un marché. On n'investit pas dans la prévention, même si elle est efficace, car elle ne rapporte pas d'argent. La société repose sur une logique marchande. Et l'industrie pharmaceutique compte pour beaucoup dans ce changement des mentalités », observe-t-elle.

SOMMAIRE



Caroline Hayeur/Agence Stock Photo

Fernand Turcotte, médecin et cofondateur du Département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval, juge essentiel de dissocier le développement de la médecine et l'industrie pharmaceutique pour que le médicament cesse d'être la réponse à tout.

Les stratégies marketing des compagnies pharmaceutiques vont souvent trop loin, estime Fernand Turcotte. Pour illustrer son propos, il renvoie à l'article de la pharmacologue Adriane J. Fugh-Berman, paru en septembre 2010 dans un périodique électronique de la Bibliothèque du Congrès, aux États-Unis (www.plosmedicine.org). Le texte avait provoqué une onde de choc! Une histoire qui rappelle celle du Dr Jeffrey Wigand qui, au tournant des années 1990, a été l'un des premiers à dénoncer les pratiques sans scrupules de l'industrie du tabac.

Mme Fugh-Berman a eu recours à un traitement hormonal substitutif lors de sa ménopause. Rapidement, elle a établi un lien direct entre la prise de ces hormones et le cancer du sein qu'elle a développé (comme 14 000 autres femmes suivant ce même traitement, qui ont d'ailleurs entamé un recours collectif contre le fabricant). Le statut de pharmacologue de Mme Fugh-Berman lui a donné accès aux dossiers de la compagnie. Ce qu'elle a constaté est effarant. Des rédacteurs en marketing – et non des scientifiques – ont rédigé des publications que le fabricant a fait passer pour des études rigoureuses. Une écriture « scientifique » en sous-traitance et des messages marketing « crédibles » publiés dans les journaux ont ainsi permis au géant pharmaceutique de vendre son produit à grande échelle. Évidemment, ces textes dissimulaient les risques réels que comporte la prise de ces hormones.

L'article solidement documenté de Mme Fugh-Berman met ainsi au jour une pratique bien établie dans le milieu pharmaceutique et médical : celle du prête-nom, soit des rédacteurs payés par l'industrie. « Sur 50 facultés de médecine aux États-Unis, seulement 8 ont une politique concernant les prête-noms, précise le Dr Turcotte. C'est une pratique très courante, où le lien de responsabilité disparaît totalement. Deux rédacteurs en chef d'importantes revues de médecine ont d'ailleurs démissionné dernièrement parce qu'ils ne pouvaient plus garantir l'honnêteté des articles qu'ils publiaient. »

Qu'on se rassure! Tous les traitements contre les effets de la ménopause ne donnent pas le cancer. Mais Lydya Assayag émet tout de même des mises en garde : « Aujourd'hui, on baigne dans la prévention de la prévention. Par exemple, des femmes se font proposer des médicaments pour prévenir l'ostéoporose. Pourtant, ils peuvent causer des effets secondaires importants, dont la nécrose de la mâchoire et des problèmes

MÉDICALISATION DU PLAISIR

Les femmes sont plus que jamais dans la mire des compagnies pharmaceutiques. Dans la foulée, une sorte d'équivalent du Viagra nous sera proposé très bientôt. Car, comme nous l'apprend le documentaire *Orgasm Inc.*, diffusé à CBC en 2010, on nous brandit à nous aussi l'épouvantail de la dysfonction sexuelle et orgasmique. Même la célèbre animatrice Oprah Winfrey en a fait mention à son émission : 43 % des États-Uniennes vivraient avec un trouble de l'orgasme et de l'excitation.

Devant cette statistique se voulant alarmante, nous sommes en droit de nous poser un certain nombre de questions. Est-ce qu'on parle bien ici d'une maladie? Cette soi-disant dysfonction doit-elle impérativement être traitée médicalement? Existe-t-il une méthode objective et scientifique pour établir le nombre « normal » d'orgasmes que devrait atteindre une femme chaque semaine?

Les compagnies pharmaceutiques sont engagées dans une course sans merci pour créer la pilule, la crème ou le « timbre anti-anorgasmie » qui traitera cette nouvelle maladie féminine. À la ligne d'arrivée : des milliards en profits! Aura-t-on d'abord pris soin de faire la preuve irréfutable que le médicament est sans danger? Ça aussi, nous sommes en droit de nous le demander. (M. Lachance)

SOMMAIRE

d'estomac.» Elle déplore le fait que la ménopause soit vue comme un dérèglement plutôt que comme un phénomène physiologique naturel. Que le monde médical en ait fait une étape négative, accompagnée de maladies.

L'approche féministe

Lydya Assayag croit que l'amélioration de la santé des femmes passe par la résolution des problèmes de pauvreté, de violence et de conciliation travail-famille. Notamment. « Il faut développer une vision globale de la santé, surtout en santé des femmes. On est influencées par notre environnement. Pourtant, en médecine, tout est morcelé. »

La vision du RQASF s'oppose également à ce que Lydya Assayag appelle la mentalité du *one size fits all*. « On ne peut pas toutes être évaluées selon les mêmes barèmes. Il existe mille et une conditions qui influencent la santé: l'ethnie, le milieu social ou familial, etc. Il faut considérer le cumul de tout ça, comprendre la spécificité de chaque personne. »

Elle cite une étude réalisée à Montréal qui démontre que la population du quartier aisé de Westmount a une espérance de vie de 10 ans supérieure à celle des résidants d'Hochelaga-Maisonneuve, un quartier défavorisé. D'ailleurs, un rapport récent de l'Organisation mondiale de la santé conclut que pour assurer la santé des nations, il faudrait redistribuer les richesses. Ce rapport, comme l'étude montréalaise, établit un lien très clair entre pauvreté et santé.

Une approche féministe de la santé serait-elle devenue essentielle? C'est ce que croit le RQASF (voir encadré ci-dessus). En raison de notre spécificité biologique d'abord, mais aussi parce que nous sommes les plus pauvres et les plus violentées de la société, comme le fait observer Lydya Assayag. Et parce qu'il est temps que nos cycles physiologiques retrouvent leurs lettres de noblesse, plutôt que d'être considérés comme des maladies. ::

SANTÉ FÉMINISTE

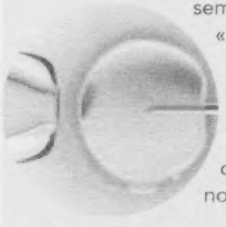
En gros, l'approche féministe de la santé proposée par le RQASF en 2008 dans l'ouvrage *Changeons de lunettes!* vise à redéfinir la santé selon une perspective globale. Elle repose sur:

- l'adoption d'une vision holistique de la santé, intégrant les différentes composantes de la personne
- l'utilisation d'un cadre d'analyse qui reconnaît les spécificités de santé selon le sexe
- la prise en compte des déterminants sociaux de la santé (agir sur eux plutôt que de médicaliser)
- la promotion de l'autosanté (et non de l'automédication)
- le respect de l'autonomie des femmes et de leur droit au consentement éclairé
- la vision critique de la production des savoirs
- la prévention et la promotion de la santé dans une perspective critique et féministe
- l'ouverture au savoir «alternatif» et marginalisé

Extrait de *Changeons de lunettes!*:
«Les féministes proposent une autre lecture de l'histoire et une autre vision de la santé. Pour remettre en question les savoirs biomédicaux basés historiquement sur une exclusion des femmes, pour dénoncer les discriminations, elles et ils adoptent une attitude de vigilance critique et mettent de l'avant une approche respectueuse des droits.»
(N. Bissonnette)

LES TRAVAUX DU CSF

Le Conseil du statut de la femme est d'avis qu'une approche féministe doit être mise en œuvre dans le réseau de la santé. La docteure en santé publique Catherine des Rivières-Pigeon, membre du Conseil, sera d'ailleurs invitée à contribuer aux travaux de l'organisme sur la question, dont l'aboutissement est prévu pour la fin de l'année. Pour cette chercheuse, «l'essentiel du message d'une approche féministe en santé est de porter une regard critique à la fois sur les causes des problèmes de santé, sur la façon d'intervenir lorsque se présente un problème de santé en se montrant critique vis-à-vis des interventions biomédicales, par exemple, et sur ce qui constitue un problème de santé dans notre société, notamment la médicalisation des problèmes sociaux».



Le Conseil intensifiera ses recherches sur cette question au cours des prochains mois en abordant les enjeux liés à la santé périnatale, comme la disponibilité d'obstétriciens-gynécologues, l'intégration des sages-femmes dans le réseau et la contribution des infirmières aux suivis de grossesse et de santé gynécologique.

Le secteur de la recherche fera aussi l'objet d'une analyse, notamment sur le plan de l'argent investi et du nombre de projets de recherche en santé des femmes. À ce sujet, soulignons qu'en 2009-2010, le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ), organisme reconnu comme un pôle de recherche scientifique internationale important et dont la mission est d'agir comme catalyseur de la recherche en santé au Québec, a remis seulement l'équivalent de 5% de son budget total en bourses et en subventions dans le domaine de la santé des femmes. En entretien téléphonique, la chef des communications du FRSQ, Michelle Dubuc, a précisé à la *Gazette des femmes* que les critères d'octroi de financement reposent davantage sur l'excellence des projets présentés que sur les sujets de recherche. L'analyse différenciée selon les sexes (ADS) devrait-elle être intégrée au processus d'attribution du financement des projets de recherche en santé? La question est posée. (N. Bissonnette)

SOMMAIRE

CANCER DU SEIN : DÉPISTAGE OU SURDÉPISTAGE?

Le cancer du sein demeure un sujet délicat. Dans son livre *Malades d'inquiétude?*, Nortin M. Hadler n'hésite pourtant pas à parler de surdépistage, puisque la moindre anomalie, le moindre nodule fait souffler un vent de panique.

Faut-il s'étonner du nombre grandissant de faux résultats positifs à la suite de mammographies? Le problème, souligne M. Hadler, c'est que les radiologistes diffèrent parfois d'opinion à l'examen d'une même mammographie. Il écrit : « Dans une étude réalisée [aux États-Unis] il y a une quinzaine d'années, 10 radiologistes ont interprété un ensemble de 150 mammographies en l'absence de toute information clinique. Parmi les mammographies de femmes atteintes du cancer, les radiologistes ont obtenu le bon diagnostic dans 74 à 96 % des images. Parmi les mammographies de femmes n'ayant pas le cancer, la possibilité qu'il y en ait un a été soulevée dans 11 à 65 % des clichés. Le taux de faux négatifs était modéré et modérément variable. Le taux de faux positifs était élevé et très variable. »

Voilà qui illustre les limites d'une médecine trop interventionniste et curative. Hadler mentionne d'ailleurs qu'aux États-Unis, les poursuites pour erreur médicale de première espèce les plus fréquentes touchent l'interprétation erronée d'une mammographie faussement positive. Il insiste : le surdépistage et le surtraitement font beaucoup de tort aux femmes. Et pas seulement aux États-Unis.
(M. Lachance)

L'ADS EN SANTÉ

Au chapitre de l'intégration de l'analyse différenciée selon les sexes (ADS), le RQASF se dit déçu du nouveau Plan d'action 2010-2013 en santé et bien-être des femmes proposé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) : *Au féminin… à l'écoute de nos besoins*. Si les objectifs ministériels et la stratégie d'action de 2002-2009 faisaient figure de pionniers en proposant de développer l'ADS, qui révèle les différences entre les hommes et les femmes en matière de santé, on trouve peu de données résultant de ce mode d'analyse dans le nouveau plan d'action. « Pourtant, c'est le début d'un début, s'indigne M^me^ Assayag. À partir d'une donnée, on peut mettre des programmes adaptés en place. Mais là, ça revient à construire un bâtiment pour personnes handicapées avant de connaître leur réalité. On met des escaliers partout, les toilettes et les lavabos sont trop hauts, mais tant pis, on fera les ajustements par la suite. C'est exactement ce qu'on fait en créant des programmes de santé sans connaître les données de l'ADS. »

Invitée à réagir aux propos de M^me^ Assayag, Pascale Gagnon, coordonnatrice des activités en santé et bien-être des femmes et responsable de l'intégration de l'ADS au MSSS, dit bien connaître l'approche féministe élaborée par le RQASF. « Il y est beaucoup question de déterminants sociaux. Et en santé publique, c'est l'un des angles privilégiés de notre approche. Le MSSS participe à de nombreux projets interministériels dont les actions s'inspirent systématiquement des déterminants sociaux et de l'environnement dans lequel évoluent les femmes. Mais aussi les hommes, les jeunes, les aînés. En ce qui concerne les habitudes de vie, par exemple, le plan d'action propose de sensibiliser les femmes afin qu'elles puissent exercer un jugement critique, notamment à propos des produits amaigrissants. »

Celle qui a coordonné le Plan d'action 2010-2013 en santé et bien-être des femmes souligne que l'existence même de cette opération repose sur des préoccupations à l'égard de la santé et du bien-être des femmes, appuyées d'actions spécifiques. « Les mises en contexte de chaque section sont étoffées de données ventilées selon les sexes provenant du recensement 2006, de l'Institut de la statistique du Québec et du MSSS, qui représentent la situation des femmes actualisée. En plus, des projets en ADS sont nommément inscrits dans ce plan. »

M^me^ Gagnon fait entre autres référence à la première orientation du plan. Celle-ci réaffirme l'importance de favoriser l'accès à des données ventilées selon les sexes comme préalable à la planification d'activités ministérielles en vue d'améliorer la santé et le bien-être des femmes, tout en mobilisant le réseau pour une meilleure appropriation de cette forme d'analyse. Le plan prévoit notamment la création d'une section, à même le site Web du Ministère, qui présentera une centaine d'indicateurs nationaux, et leurs pendants régionaux, sur l'état de santé des Québécoises, lesquels tiendront compte des déterminants qui l'influencent.

Le Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2010-2013 est disponible au msss.gouv.qc.ca, onglet Documentation, section Publications.
(M. Lachance et N. Bissonnette)

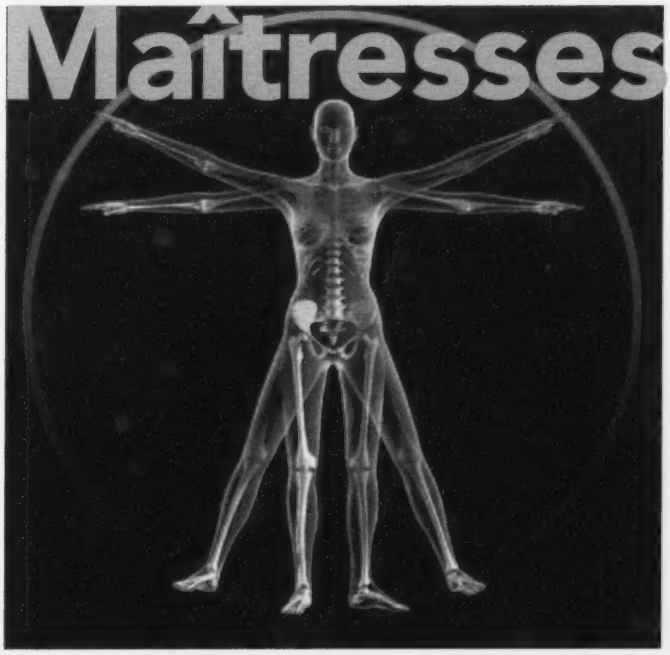
CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

On ne peut parler de surdépistage pour ce qui est du cancer du col de l'utérus. Selon l'Agence de la santé publique du Canada, 15 % des femmes n'ont jamais subi de dépistage et 30 % n'ont pas passé de test au cours des trois dernières années. Le test Pap est considéré par les obstétriciens et les gynécologues du Canada comme une première étape importante pour prévenir l'évolution du cancer. (N. Bissonnette)

PLUS D'INFO

- rqasf.qc.ca
- prescrire.org
- Nortin M. Hadler, *Malades d'inquiétude?*, PUL, 2008 [2010 pour la traduction française signée Fernand Turcotte], 489 p.

Maîtresses de notre santé



Quelle est la meilleure façon de se réapproprier son corps et sa santé? Lire et se renseigner, prescrivent les spécialistes. L'histoire démontre qu'en période de ménopause, le conseil est plus que judicieux! Voici un bon début.

par Paule des Rivières

La directrice du Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF), Lydya Assayag, est formelle: « Je souhaite qu'on cesse de dire aux femmes quoi faire ou ne pas faire. Donnons-leur toute l'information; à elles de décider. »

Par où commencer? En matière de santé des femmes de 40 ans et plus, *Notre soupe aux cailloux* est un incontournable. Publiée par le RQASF, cette trousse a remporté le Prix d'excellence du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec en 2006. En fait, l'ensemble des publications du Réseau mérite qu'on y jette un œil attentif.

Récemment, une nouvelle association qui vise notamment à assurer l'accès à une information juste, critique et indépendante en matière de santé a vu le jour au Québec. La Coalition pour la santé sexuelle et reproductive, qui compte parmi ses membres Abby Lippman, épidémiologiste et professeure à l'Université McGill, fonde sa vision de la santé sur le contrôle et l'autonomie concernant les choix, les décisions et les actions liés à la santé sexuelle et reproductive. Au nombre de ses actions prioritaires, elle entend informer le grand public de la commercialisation et de la médicalisation de la sexualité et de la vie reproductive des femmes.

La professeure Lippman s'inquiète de cette médicalisation de la santé des femmes, qui embrasse aujourd'hui toutes les étapes de leur vie reproductive. Elle insiste : ce qu'il importe de se demander, c'est si l'évolution de la médicalisation favorise ou non la liberté de choix. « Les tests prénataux, par exemple, offrent-ils véritablement plus de choix aux femmes ou les confrontent-ils à des dilemmes déchirants, comme celui d'accepter ou non de mettre au monde un enfant atteint de trisomie? Or, quel est mon véritable choix si je sais qu'il n'y aura pas de services pour mon enfant? » demande-t-elle. Va pour la technologie, mais si l'environnement social ne suit pas, personne n'est plus avancé, ni plus heureux.

Autre illustration éloquente de la médicalisation de la santé des femmes: le contrôle des menstruations. L'usage d'un contraceptif oral pour réduire le nombre de périodes menstruelles ou les faire carrément disparaître est désormais accepté. On diminue ainsi l'inconfort tout en prévenant l'anémie, l'endométriose, et même le cancer du sein pour certaines. « Soudainement, les menstruations ne sont plus un phénomène naturel. Elles sont même susceptibles d'être une source de problèmes dans l'avenir. On prend donc des pilules pour réparer des défectuosités hypothétiques », s'indigne Abby Lippman.

J'ai mal à ma ménopause, docteur

Se renseigner, on veut bien. Mais l'information est souvent contradictoire et incomplète. Surtout lorsqu'il est question de ménopause. Après avoir adopté en masse l'hormonothérapie de remplacement dans les années 1960, 1970 et 1980, les femmes sont aujourd'hui beaucoup plus réticentes à recourir aux

SOMMAIRE

hormones pour compenser la baisse radicale de progestérone et d'estrogènes qui caractérise la ménopause, et pour soulager les inconvénients engendrés. Avec raison. Mais se privent-elles ainsi d'un précieux soutien qui leur redonnerait leur qualité de vie? La seule chose qui est claire, c'est que les spécialistes ne s'entendent pas.

L'historique du traitement hormonal de remplacement est marqué par des virages à 180 degrés qui suscitent une perplexité légitime. Durant les années 1970 et 1980, le recours à l'hormonothérapie pour alléger les bouffées de chaleur, mais aussi prévenir certaines maladies chroniques, notamment l'ostéoporose, était courant, voire banal. Des millions de femmes, ici et ailleurs, prenaient de l'estrogène, accompagné ou non de progestérone.

Puis, par une chaude journée de juillet 2002, la bombe éclate. Menée sous l'égide des National Institutes of Health, l'étude américaine *Women's Health Initiative* (*WHI*) rapporte que les femmes qui prennent des hormones courent un plus grand risque de développer un cancer du sein et des maladies cardiovasculaires. La responsable : la progestérone synthétique – comme le Provera – utilisée dans la plupart des hormonothérapies de remplacement. C'est la panique. Du jour au lendemain, un grand nombre de femmes cessent tout traitement hormonal.

« Avant cette panique, presque toutes les femmes prenaient des hormones. Ça n'avait pas de sens, affirme la directrice de la clinique sur la ménopause au CHUM, la Dre Michèle Moreau. Mais aujourd'hui, on leur fait peur et ce n'est guère mieux. La détresse des femmes est réelle. »

Selon la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), 60 % des femmes ressentent des bouffées de chaleur et des sueurs nocturnes à l'approche de la ménopause. Pour 15 % d'entre elles, les malaises s'étaleront sur plus de 15 ans! Pour les autres, sur 7 ans. La SOGC évalue que prendre des hormones durant moins de cinq ans est inoffensif. Et elle juge que les résultats de l'étude *WHI* sont faussés parce qu'une majorité des participantes étaient ménopausées depuis 15 ans et que 70 % avaient plus de 60 ans.

La Société canadienne du cancer n'est pas de cet avis. Elle recommande plutôt d'éviter les hormones, sauf dans le cas de symptômes graves. Elle met aussi les femmes en garde contre la corrélation entre prise d'hormones et cancer du sein.

La directrice du RQASF, elle, dénonce vertement l'approche biomédicale faisant de la ménopause une maladie à traiter. « La ménopause incarne la sagesse du corps et la fin d'un cycle qui a débuté avec la puberté. C'est naturel. Ce n'est pas une maladie », rappelle Mme Assayag. Elle s'interroge sur les effets à long terme de la prise d'hormones. À son avis, il faut en limiter l'usage le plus possible.

Qui a raison, qui a tort? Au milieu de ce brouillard, les plus sceptiques peuvent se tourner vers d'autres options pour soulager leurs symptômes.

Traitements en douceur

Depuis une quinzaine d'années, la palette des hormones s'est élargie avec les hormones bio-identiques. Au Québec, la plus grande partisane de ce type d'hormones est sans conteste la Dre Sylvie Demers, auteure du respecté *Hormones au féminin. Repensez votre santé* (Éd. de l'Homme, 2008).

Médecin et biologiste, la Dre Demers y fait l'apologie de la prise d'hormones bio-identiques : l'estradiol-17β (par voie transdermique) et le Prometrium (un progestatif en capsules). Produites en laboratoire à partir de précurseurs d'hormones extraites de soya et d'igname sauvage, elles ont une structure moléculaire qui correspond à ce que l'on trouve dans le corps. Elles sont donc identiques aux hormones que produisent les ovaires. Selon ce qu'on peut lire dans l'ouvrage de la Dre Demers, elles ont « des bienfaits inestimables pour le bien-être, la santé et même la longévité des femmes. Ces hormones sont essentielles, entre autres, à une bonne santé des systèmes cardiovasculaire (cœur et artères), nerveux (cerveau et nerfs), endocrinien et osseux. Par exemple, [...] l'ostéoporose ménopausique, de loin la principale cause d'ostéoporose chez les femmes, est causée par le déficit en hormones féminines, et non, comme plusieurs le croient, par un déficit alimentaire en calcium ou par une déficience en vitamine D ».

Mélissa Proulx

La Dre Sylvie Demers défend avec conviction la prise d'hormones bio-identiques (identiques aux hormones produites par les ovaires) en période de ménopause pour ses bienfaits sur le bien-être, la santé et la longévité.

Le hic? Ces hormones ne sont pas remboursées par le régime public d'assurance médicaments, car elles sont plus chères et sont considérées comme des médicaments d'exception. Le régime les rembourse seulement pour les femmes intolérantes à la prise d'hormones par voie orale ou pour qui la voie transdermique s'avère préférable en raison d'une condition médicale particulière. Une pétition a été déposée à Québec au printemps 2010 afin

SOMMAIRE

qu'une couverture adéquate soit offerte à toutes les femmes. Selon la Dre Demers, ces hormones finiraient par être remboursées si plus d'information circulait à propos de leurs bienfaits.

Mia Lundin, infirmière américaine agréée et praticienne, recommande elle aussi le recours aux hormones bio-identiques, comme en témoigne ce passage de son livre *Aux femmes qui ont l'impression de devenir folles* (Éd. de l'Homme, 2011) : « Bien que la popularité des hormones bio-identiques soit assez récente, j'en prescris depuis près de 20 ans, en association avec des thérapies nutritionnelles et des modifications du style de vie. »

L'ouvrage de Mme Lundin s'attarde à expliquer la fluctuation des hormones féminines pour outiller les femmes afin qu'elles puissent comprendre la chimie de leur cerveau et faire des choix éclairés à l'égard de leur santé et de leur bien-être. La méthode? Observer ses émotions et ses humeurs pendant plusieurs semaines pour en tirer des conclusions sur la variation de ses hormones. Convaincue que les hormones féminines modifient la chimie du cerveau et que ces changements déterminent l'état émotionnel et l'humeur, l'auteure recommande de prendre des hormones bio-identiques pour rééquilibrer minimalement ses hormones, le tout conjugué à une série de conseils nutritionnels, dont la prise d'acides aminés et une alimentation protéinée.

Le livre porte peu d'attention à l'incidence des conditions sociales, psychologiques et économiques sur la santé des femmes, hormis qu'il incite à diminuer ses sources de stress, ce dernier influençant la production des neurotransmetteurs – qui varient également au rythme des changements hormonaux.

Pour apaiser les effets désagréables de la variation hormonale, d'autres se tournent vers l'acupuncture ou le yoga. Christine Bouchard, qui tient une clinique d'acupuncture à Sorel-Tracy, propose un « rebalancement hormonal » aux femmes désemparées qui frappent à sa porte. L'objectif : stimuler les glandes. Si le traitement fonctionne pour certaines, elle admet qu'il est insuffisant pour d'autres, notamment « pour calmer la petite angoisse sans fondement qui vous suit partout ».

Le yoga hormonal thérapeutique s'avère une autre voie digne d'intérêt. Les exercices et les postures qui y sont proposés stimulent eux aussi la production hormonale. La sécheresse vaginale, les troubles du sommeil et l'irritabilité sont les désagréments qui disparaissent le plus rapidement, avec une pratique de trois ou quatre fois par semaine. La professeure de yoga Éliette Aubin prend soin de souligner que l'étape de la ménopause appelle un mode de vie sain : alimentation équilibrée, exercice physique et réduction des excitants que sont le café, la cigarette et l'alcool. Bref, le temps des excès est révolu!

Toutes les personnes à qui nous avons parlé nous l'ont dit et redit : à l'arrivée de la ménopause, le corps réagit autrement et on n'a pas d'autre choix que de l'écouter. Et pour décoder ce qu'il nous raconte, il faut se renseigner... même si l'opération n'est pas de tout repos. ::

LES VOIES DE L'INFORMATION

En décembre dernier, le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec a publié l'avis *Informer des droits et sensibiliser aux responsabilités en matière de santé*. « Dans un premier temps, nous avons voulu porter à l'attention du ministre [de la Santé et des Services sociaux] différents moyens déjà mis en branle pour informer adéquatement les gens de leurs droits en santé, par exemple par des organismes communautaires, et qui se sont révélés efficaces », explique Ghislaine Cleret de Langavant, coauteure de l'avis.

Parmi ces nombreux exemples, on trouve le 2-1-1, un service téléphonique centralisé qui oriente les gens des régions de la Capitale-Nationale et de la Chaudière-Appalaches vers des ressources communautaires qui répondent à leurs besoins. Mentionnons aussi une formation sur le sida qui s'adresse aux femmes autochtones victimes de violence ou ayant subi une agression sexuelle. Ou la formation L'autre côté de la pilule, qui s'intéresse à la médication en santé mentale et dont l'objectif est d'actualiser le droit au consentement et d'améliorer la compréhension et le contrôle de la médication.

« Ces pratiques efficaces doivent servir d'exemples. Mais ce dont le Ministère doit s'assurer, dans un deuxième temps, c'est que les gens puissent actualiser leurs droits. On ne peut pas dire à une personne "Informe-toi de tes droits" si on ne lui montre pas comment elle peut s'en informer », soutient Mme Cleret de Langavant.

Par ailleurs, l'avis recommande que les intervenants en santé soient eux-mêmes informés des droits des patients, ce qui ouvrirait la voie à un rapport patient-intervenant plus égalitaire. Souhaitons qu'au Ministère, on porte une oreille attentive à l'ensemble de ces recommandations.
Info : csbe.gouv.qc.ca sous l'onglet Publications (M. Lachance)

PLUS D'INFO

- Sylvie Demers, *Hormones au féminin. Repensez votre santé*, Les Éditions de l'Homme, 2008, 272 p.

- Mia Lundin, *Aux femmes qui ont l'impression de devenir folles. Cessez de souffrir en silence*, Les Éditions de l'Homme, 2011 [traduction française], 228 p.
- Yoga hormonal : federationyoga.qc.ca
- Coalition pour la santé sexuelle et reproductive : fqpn.qc.ca

DÉPRESSION POSTNATALE

La source du mal

Daniel Lanteigne

Pour surmonter la détresse qui suit l'accouchement, les nouvelles mamans ont davantage besoin de soutien que d'un traitement médical, selon la chercheuse Catherine des Rivières-Pigeon.

Reconnue officiellement depuis 20 ans, la dépression postnatale affecterait entre 10 et 20 % des nouvelles mamans. Si on l'attribue fréquemment à un déséquilibre hormonal, certains chercheurs examinent la piste de l'environnement social pour élucider ses origines. Défrichage avec la chercheuse Catherine des Rivières-Pigeon.

| par Paule des Rivières

Souvent, les mères qui font l'objet d'un diagnostic de dépression postnatale traversent une situation financière difficile, vivent une relation de couple tendue et reçoivent peu de soutien familial. Des facteurs dont peu d'études font état. Ne néglige-t-on pas les causes sociales de la détresse, par ailleurs bien réelle?

« La maladie est trop souvent vue comme quelque chose qui se passe à l'intérieur du corps sans égard à l'environnement, souligne la chercheuse Catherine des Rivières-Pigeon. Dès qu'un trouble semble relever de la médecine, on offre des traitements médicaux. »

L'enseignante en sociologie de la santé à l'Université du Québec à Montréal s'interroge sur l'incidence de la médicalisation de certains phénomènes, en prenant soin de mentionner que rien n'est blanc ou noir. L'alcoolisme est aujourd'hui considéré comme une maladie. À l'inverse, l'homosexualité,

SOMMAIRE

qui a longtemps été reconnue comme une pathologie, ne l'est plus.

Il reste qu'en raison des avancées technologiques et de la force du lobby de l'industrie pharmaceutique, la société évolue vers une médicalisation de la santé. De nouvelles maladies apparaissent, et avec elles, de nouveaux médicaments.

Mme des Rivières-Pigeon, qui détient un doctorat en santé publique et qui a consacré ses recherches postdoctorales à la dépression postnatale, s'est beaucoup questionnée sur les conséquences d'un verdict, ou non, de normalité. « À partir de quel moment le fait d'être extrêmement triste à la suite du décès d'un proche ou d'un divorce devient-il pathologique? Une situation difficile ne débouchera pas systématiquement sur une dépression. Et si c'est le cas, on ne parlera pas de dépression post-divorce, mais de dépression tout court. Alors pourquoi parler de dépression postnatale? » demande la chercheuse, qui voit au-delà de la nature heureuse (ou non) de l'élément déclencheur. « Mes recherches ne disent pas que les nouvelles mères ne peuvent pas souffrir de dépression, mais je me demande en quoi ces dépressions sont différentes des autres, et si elles nécessitent un diagnostic particulier. »

Car si la dépression après l'accouchement est fréquemment attribuée à un déséquilibre hormonal, bien peu de données scientifiques appuient cette thèse biologique, signale la chercheuse. Qui plus est, les femmes qui font une dépression dans les six mois suivant la naissance d'un enfant ont souvent vécu un ou plusieurs épisodes dépressifs auparavant. En fait, les mères d'enfants plus âgés sont plus nombreuses à faire une dépression que les nouvelles mamans, et plus nombreuses également à prendre des antidépresseurs. Cet élément s'ajoute au questionnement de la chercheuse sur la pertinence d'un diagnostic propre aux mères de nouveau-nés.

Mais n'allons pas croire que la popularité et l'acceptation de la dépression postnatale soient l'unique résultante de pressions de l'industrie pharmaceutique. Il arrive que les mères revendiquent le statut de malade afin que leur souffrance soit reconnue et acceptée.

Si la dépression après l'accouchement est fréquemment attribuée à un déséquilibre hormonal, bien peu de données scientifiques appuient cette thèse biologique.

Car être mère et malheureuse demeure très stigmatisant. Un diagnostic officiel pourrait permettre à la nouvelle maman triste et désemparée de se sentir moins coupable, moins mésadaptée, et d'éviter de se qualifier de « mauvaise mère ». Si elle ne se sent pas à la hauteur, c'est qu'elle s'estime malade. Et à soigner.

Mais la honte s'évapore-t-elle avec le sceau du médecin? Mme des Rivières-Pigeon croit que les bénéfices de ce diagnostic sont assez limités. « Rien ne permet de croire que le fait d'avoir un diagnostic propre aux nouvelles mères ait amélioré la condition de celles qui souffrent. Car plusieurs des causes de leur détresse restent oubliées. »

Tissé serré, c'est plus solide

Les travaux de Mme des Rivières-Pigeon confirment que l'environnement social joue un rôle important dans la dépression des nouvelles mamans. À preuve, les taux de détresse varient énormément d'une culture à l'autre, principalement en raison de structures sociales qui permettent de bien (ou de moins bien) traverser la maternité. « J'ai comparé la détresse des nouvelles mères au Québec, en France et en Italie. Les Québécoises étaient davantage déprimées que les Françaises, et les Françaises, davantage que les Italiennes. La grosse différence que nous avons perçue, c'est que les mères, surtout celles à risque, étaient beaucoup plus entourées en Italie », rapporte la chercheuse. En Italie, les nouvelles mères recevaient systématiquement l'aide de leur mère ou de leurs sœurs. Et presque toutes les mères célibataires vivaient chez leurs parents, ce qui n'était le cas d'aucune mère célibataire québécoise ayant participé à la recherche.

En résumé, les mères québécoises se sentiraient plus isolées. Même celles qui vivent en couple sont souvent insatisfaites du soutien apporté par leur conjoint. « Au Québec, le partage inéquitable des tâches domestiques, surtout celles qui concernent les soins aux enfants, est associé à la détresse », signale Mme des Rivières-Pigeon. En Italie, les nouvelles mamans nourrissent moins d'attentes envers leur conjoint. Elles sont donc moins déçues.

S'il est important que les professionnels de la santé accordent une réelle attention aux nouvelles mères souffrantes, la situation dépasse largement le seul travail des intervenants en santé. « C'est à mon avis une question de société. C'est elle qui doit changer afin que les mères se sentent mieux épaulées », conclut Mme des Rivières-Pigeon. ::

SOMMAIRE

Le travail, c'est la **santé**?

Retrait préventif menacé, employées enceintes discriminées, problèmes musculo-squelettiques et santé mentale mise à rude épreuve : disons que ça pourrait aller mieux pour les travailleuses québécoises.

| par Marie Lachance

Le monde du travail connaît une période houleuse, marquée par des emplois précaires, des horaires atypiques qui empiètent de plus en plus sur les temps libres, etc. La situation affaiblit forcément le rapport de force des travailleurs – particulièrement des travailleuses. On n'a qu'à penser aux vaines tentatives de syndicalisation des employés de Walmart. Un secteur de la vente – les grandes surfaces – qui compte beaucoup d'emplois féminins.

Les travailleuses enceintes figurent parmi les plus vulnérables. Certes, elles sont les seules, dans tout le Canada, à bénéficier d'un retrait préventif rémunéré, qui relève du programme Pour une maternité sans danger, créé en 1981 en vertu de la Loi sur la santé et la sécurité du travail. Mais attention, prévient Katherine Lippel, professeure, chercheuse spécialisée et titulaire de la Chaire de recherche du Canada en droit de la santé et de la sécurité du travail : « De plus en plus, ce droit est menacé. Le Conseil du patronat du Québec le remet en question. Il faut aujourd'hui se battre pour conserver cet acquis. »

Dans une lettre adressée à l'ensemble des députés de l'Assemblée nationale en juin 2010, le président du Conseil du patronat du Québec, qui regroupe plusieurs des plus grandes entreprises de la province, plaidait en faveur d'une réforme du programme Pour une maternité sans danger. Selon lui, les coûts annuels, de l'ordre de 250 millions de dollars et payés entièrement par les employeurs, sont trop élevés et dépassent largement les prévisions de 1981, estimées alors à 8 millions de dollars par année. La solution proposée? Intégrer le programme au Régime québécois d'assurance parentale afin de s'assurer que les coûts soient partagés en parts égales entre les travailleurs et les employeurs. Le Conseil soulignait en outre qu'aucune étude d'impact n'avait été effectuée au cours des 29 ans d'existence du programme, et que les statistiques ne montraient aucune amélioration significative liée aux issues défavorables de la grossesse que ce programme veut éviter.

SOMMAIRE

Karen Messing est chercheuse en ergonomie et en santé au travail au Cinbiose, un centre de recherche collaborateur officiel de l'Organisation mondiale de la santé, et professeure titulaire retraitée du Département de sciences biologiques de l'Université du Québec à Montréal. Elle note qu'encore en 2011, les travailleuses enceintes sont victimes de préjugés, comme celui voulant que ce ne soit pas à l'employeur de payer leur congé de maternité puisque ce sont elles qui ont choisi d'avoir un enfant. « Les femmes sont donc parfois réticentes à revendiquer ce droit », souligne-t-elle.

Pendant l'année financière 2009-2010, la Commission des normes du travail a traité 325 plaintes de femmes enceintes qui ont été congédiées ou qui ont subi des représailles en raison de leur grossesse. Et 250 autres plaintes contestent un congédiement à la suite d'un congé de maternité ou d'un congé parental (plaintes déposées sans distinction de sexe).

Même chose avec la famille. Elle constate que les femmes ont tendance à ne pas aviser leur employeur lorsque leur enfant est malade. « Elles se sentent obligées de rendre leur famille invisible. Il y a là un danger de surmenage et d'anxiété, s'inquiète-t-elle. Surtout quand on sait que des femmes choisissent de prendre leurs propres congés de maladie pour s'occuper de leur enfant malade et non pour se soigner. »

Katherine Lippel, titulaire de la Chaire de recherche du Canada en droit de la santé et de la sécurité du travail, se réjouit que la CSST ait enfin reconnu le lien entre le stress au travail et la santé mentale.

Attention au corps... et à la tête

On le sait, plusieurs emplois typiquement féminins imposent de longues heures de travail debout ou dans une position statique. Et malgré les mesures visant à limiter les douleurs qui pourraient en découler, les améliorations tardent à venir. La preuve : en 1989, un jugement a reconnu que les caissières québécoises devaient s'asseoir afin de ménager leur santé, comme les caissières européennes. « Mais dans les faits, rien n'a changé, sauf dans les banques où un siège est mis à leur disposition. Mais est-ce réellement facile pour elles d'y avoir accès? s'interroge M^me^ Messing. Malheureusement, dans notre culture nord-américaine, les caissières doivent rester debout! » Ce qui, avouons-le, est absurde. D'autant plus que les troubles musculo-squelettiques, fréquents chez plusieurs travailleuses, sont souvent liés à la position debout et statique ou au travail rapide et précis sollicitant les membres supérieurs. Pensons aux caissières, mais aussi aux réceptionnistes, aux vendeuses, aux serveuses et aux travailleuses en usine.

Encore réticents à implanter des mesures favorables à la santé des travailleuses, certains employeurs pourraient s'y voir contraints, ne serait-ce que pour conserver une main-d'œuvre de plus en plus rare, estime Karen Messing, chercheuse en ergonomie.

Karen Messing a pu observer que, typiquement, les femmes souffrent de douleurs chroniques alors que les hommes subissent plutôt des accidents. Les problèmes de santé au travail sont donc moins frappants chez les femmes, mais plus sournois, car plus difficiles à cerner.

Mais il n'y a pas que leur corps qui souffre. Les problèmes liés à la santé mentale, dont l'anxiété et la dépression, sont également élevés chez les travailleuses. Depuis 1988, plusieurs jugements sont venus rappeler que le stress chronique peut être considéré comme une lésion professionnelle. Petite victoire : en janvier, la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) a enfin reconnu le lien entre le stress au travail et la santé mentale. « Elle n'a eu d'autre choix que de se rallier à la jurisprudence. Une première! On admet ainsi que le stress peut mener à une indemnisation et on reconnaît que la santé mentale relève de la CSST. Pour la prévention, mais aussi pour l'indemnisation. C'est une très bonne nouvelle pour les femmes! » se réjouit Katherine Lippel.

Peut-on espérer pour autant que les conditions de travail des femmes s'amélioreront? Karen Messing se dit relativement optimiste, rapportant notamment qu'un grand commerce de détail a entrepris des démarches en vue de permettre une plus grande conciliation travail-famille à son personnel. « En raison du trou démographique qui s'en vient, dit-elle, les employeurs seront peut-être plus enclins à faire des compromis et à améliorer les conditions des travailleuses. » Espérons-le. ::

SOMMAIRE

Le **vaccin** aux mille vertus

Plus de trois ans après sa mise en marché, le vaccin contre le VPH fait encore parler de lui. Cette fois, en partie à cause des garçons...

| par Nathalie Bissonnette

Abby Lippman, épidémiologiste et professeure à l'Université McGill, avait protesté haut et fort, en septembre 2007, lorsque le gouvernement du Québec avait annoncé une campagne de vaccination massive contre le virus du papillome humain (VPH) auprès des jeunes filles. Un vaccin censé prévenir le cancer du col de l'utérus, le deuxième cancer le plus fréquent chez les femmes de 20 à 44 ans. Dans le concert d'appuis au vaccin ayant émané de la communauté médicale, les voix d'opposition avaient été quelque peu noyées, voire discréditées.

Des instances de santé publique avaient même accusé Mme Lippman de mettre la santé des fillettes canadiennes en péril, après qu'elle eut signé un argumentaire contre le vaccin dans le journal du Collège des médecins de famille du Canada, en 2008 (voir « Un automne piquant », *Gazette des femmes*, nov.-déc. 2008, p. 14). Lors d'un entretien récent dans son bureau, la professeure tenait des propos plus nuancés : « Je n'ai aucune idée si le vaccin est bon. Il n'est sans doute pas trop mal. »

Mais des incertitudes importantes demeurent concernant la durée de son efficacité et ses répercussions à long terme. Et Mme Lippman est loin de faire cavalière seule.

L'omnipraticien et écrivain français Martin Winckler (Marc Zaffran de son vrai nom), médecin invité au Centre de recherche en éthique de l'Université de Montréal et auteur du populaire roman *Le chœur des femmes* (Éditions P.O.L., 2009), est aussi de cet avis. Récemment, il renvoyait les lecteurs de son blogue à *La piqûre de trop?* (Xénia, 2010), un ouvrage écrit par un gynécologue et une journaliste suisses et préfacé entre autres par Lippman, qui révèle de nouveaux éléments non communiqués au grand public. « La vaccination contre le VPH est hautement discutable [...] car les fabricants n'ont pas démontré que le vaccin prévient le moindre cancer. Ils ont juste montré qu'il immunise contre deux virus potentiellement cancérigènes. Ce qui est mince. [...] Les cancers du col sont causés par de nombreux cofacteurs autres que le VPH, ce qui explique qu'ils sont bien plus fréquents

SOMMAIRE

(et frappent majoritairement) dans les pays en développement », écrit Winckler sur son blogue (blogue.passeportsante.net/martinwinckler).

Singulièrement, fait-il remarquer, la Finlande n'a pas déployé de campagne de vaccination contre le VPH, puisqu'elle a jugé que le dépistage organisé du test de Papanicolaou (ou « Pap test ») était assez fiable pour prévenir le cancer du col de l'utérus, dont le nombre de cas a par ailleurs beaucoup diminué au pays. « Les autorités finlandaises ont donc conclu que le vaccin était superflu, surtout en l'absence de données convaincantes sur son innocuité. »

Ici, c'est tout le contraire. En avril, le vaccin a été approuvé par Santé Canada pour les femmes jusqu'à l'âge de 45 ans. Même que la couverture vaccinale pourrait s'étendre chez l'autre sexe. Début 2010, Santé Canada a en effet autorisé l'utilisation du vaccin Gardasil chez les garçons et les hommes âgés de 9 à 26 ans pour prévenir certaines infections comme le cancer de l'anus et les cancers oropharyngés (parmi lesquels on trouve le cancer des amygdales, des glandes salivaires, de la langue et de la gorge), puisque des traces de VPH ont été observées chez les personnes qui en sont atteintes. Et le nombre de ces cancers serait en forte hausse.

Pour Martin Winckler, la place qu'occupent les cancers oropharyngés dans les médias depuis quelques mois est l'effet d'une réplique de l'industrie pharmaceutique aux résistances de la population et de nombreux scientifiques à la vaccination contre le VPH. Comme il le démontre, si vacciner les garçons n'est pas jugé efficace contre le cancer du col de l'utérus des filles, compte tenu du coût du vaccin et du fait qu'une grande majorité de filles sont vaccinées, reste la logique de persuasion reposant sur les cancers oropharyngés... En dépit de leur faible nombre (1,87 homme américain sur 100 000) et d'une protection pas encore démontrée.

> En avril, le vaccin a été approuvé par Santé Canada pour les femmes jusqu'à l'âge de 45 ans.

Quant à leur explosion, elle est « toute relative [...]. D'après le très sérieux *British Medical Journal*, aux États-Unis, entre 1999 et 2006, l'incidence de ces cancers chez les hommes a augmenté de 22 %, c'est-à-dire que le nombre de cas est passé de 1,53 à 1,87 cas pour 100 000 hommes! » écrit encore Martin Winckler. Une information spectaculaire qui profite à qui? se demande le médecin.

De son côté, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec précise, dans un document questions-réponses sur le VPH publié à l'automne 2010 : « Il n'existe toujours aucune preuve que la vaccination des garçons puisse prévenir le cancer du col chez leurs partenaires féminines. Les études sur ce sujet se poursuivent. Des comités d'experts devront se prononcer sur les bénéfices de la vaccination des garçons contre le VPH. »

Quant à la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, elle réitérait en octobre 2010 – conjointement avec d'autres associations de médecins spécialistes – l'importance de prévenir le cancer du col de l'utérus par l'accès à la vaccination associé à des tests Pap réguliers. Le communiqué, publié dans le sillage d'un sondage réalisé par Léger Marketing auprès de Canadiennes âgées de 18 ans et plus grâce au soutien financier de GlaxoSmithKline, faisait entre autres ressortir que 9 Canadiennes sur 10 n'étaient pas vaccinées contre le VPH, que près de 20 % des jeunes femmes avaient déjà reçu un résultat anormal au test Pap et que la vaccination pouvait réduire le nombre de cas de cancer ainsi que le nombre de résultats anormaux. D'où l'importance, précisaient les auteurs du communiqué, d'éduquer les jeunes femmes et d'écarter les obstacles à la vaccination, comme celui lié au coût, là où le vaccin n'est pas payé par l'État.

En juillet 2010, La Presse canadienne rapportait sur Cyberpresse que le Québec avait atteint l'un des plus forts taux de vaccination contre le VPH dans le monde, avec une couverture vaccinale de 80 % des jeunes filles. En Ontario, le taux est de 50 %. Pour la campagne 2009-2010, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec estime la couverture vaccinale à 76 % des filles, tant au primaire qu'au secondaire.

L'envers du vaccin

Ailleurs dans le monde, le fameux vaccin soulève des questions... et des inquiétudes. En avril 2010, le ministre indien de la Santé a annoncé l'arrêt d'un projet pilote de vaccination. Le programme était accusé d'avoir entraîné la mort de plusieurs fillettes qui avaient été vaccinées contre le VPH sans l'autorisation de leurs parents, entre juillet 2009 et janvier 2010.

En début d'année, *La Presse* rapportait que deux vaccins (Gardasil et Cervarix) administrés massivement aux jeunes Québécoises pour prévenir le cancer du col de l'utérus venaient d'être placés sur une liste de 59 produits de santé sous surveillance par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

Comme le soulignait Martin Winckler dans une entrevue accordée à la *Gazette des femmes* (janv.-févr. 2010, p. 32), « il ne faut pas se soumettre à l'autorité, en médecine encore moins qu'ailleurs. Si un médecin a de bonnes raisons de vous faire quelque chose, il faut qu'il le justifie, et vous êtes en droit d'obtenir une justification qui vous satisfait et qui n'est fondée ni sur l'autorité, ni sur le terrorisme, ni sur le mépris, ni sur le silence ».

Morale de cette histoire? Posons des questions avant de relever les manches de nos filles… ou de nos garçons. ::

SOMMAIRE

Actrices DE LEUR RÉVOLUTION

Elles sont venues en grand nombre, des quatre coins du Caire et de plus loin. Aux côtés de leur mari, de leurs frères, de leurs fils, parfois même seules, elles ont envahi la place Tahrir pendant 18 jours. Gros plan sur quelques Égyptiennes qui n'ont pas craint d'entrer dans le ventre de la révolution.

| Photoreportage de **Valérian Mazataud**

Marianne, la jeune Copte, avec sa croix autour du cou; Mona, qui s'est déplacée depuis le bord de la mer Rouge; Rasha, la mère monoparentale d'Héliopolis; ou Dina, venue soigner les blessés. Lorsqu'on leur demande si voir autant de femmes manifester les surprend, elles sont presque vexées. Cette révolution n'est pas une affaire de classes, encore moins de religion ou de sexe. C'est une révolution du peuple, répondent-elles à l'unisson, chacune avec sa vision de l'avenir du pays.

Autour de Maria, une jeune étudiante de 21 ans, l'attroupement grossit. Elle a attaché ses longs cheveux bouclés, et son visage élancé se découpe dans la lumière dorée du soleil couchant. Le menton haut, elle se tourne fermement vers les passants qui lui enjoignent de ne pas parler à un étranger. Le regard fixe, elle argumente calmement avec eux. La veille, le président Moubarak a juré qu'il ne se soumettrait pas aux pressions étrangères et resterait en poste. « Voilà le résultat de sa propagande, déplore-t-elle. Même maintenant, les gens continuent à croire ses mensonges, car ils n'ont rien connu d'autre en 30 ans. Notre défi est désormais de changer la façon de penser des gens. »

Originaire des beaux quartiers d'Héliopolis, à quelques pâtés de maisons du palais présidentiel, elle fréquente la place Tahrir en secret. « Je ne l'ai pas dit à ma famille. Elle aurait bien trop peur et me l'aurait interdit, confie-t-elle. Quand je viens ici, je me sens chez moi. Il y a toutes sortes de gens, tous unis. L'Égypte, ce n'est plus un pays, c'est un peuple, et Moubarak n'en fait plus partie. » Maria s'emporte, elle hurle presque. Déterminée, passionnée. La foule de curieux se fait plus dense. « Le peuple a gagné sa dignité, sa fierté et sa voix. Maintenant, cette voix, nous devons l'utiliser pour en faire ce que nous voulons. C'est la première fois que nous le pouvons, et personne ne pourra nous arrêter. » Sera-t-elle la voix des femmes également? « Hommes, femmes, tous les Égyptiens jouent le même rôle maintenant. »

Un peu plus loin, Dalia Sitteen, une dentiste de 30 ans, serre entre ses mains un drapeau égyptien, le visage soigneusement enveloppé d'un voile aux motifs floraux. « Cette révolution, c'est comme un rêve devenu réalité. Quand j'entre dans l'enceinte de la place, je me sens en contrôle, dit-elle. C'est pour mes enfants que je viens ici. C'est mon rôle de mère. Quand ils seront grands, je leur dirai que j'étais là, que j'ai défendu mon pays. »

6 FÉVRIER 2011
Un groupe de femmes manifeste place Tahrir.

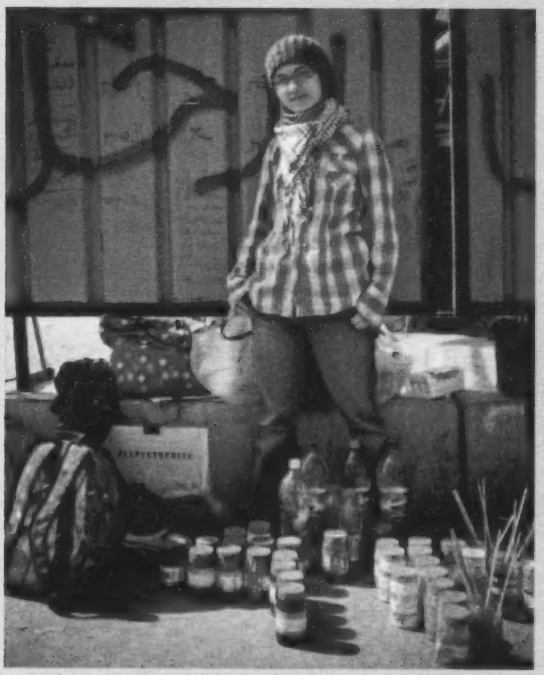
Après la violente répression policière du 28 janvier, le président Moubarak avait accepté de se retirer, mais seulement six mois plus tard. « Cette nuit-là, je n'ai pas dormi. J'avais peur que les manifestants aient baissé les bras, que la place soit vide, raconte-t-elle. Maintenant, je n'ai plus peur. J'ai compris que la révolution est une rue à sens unique. Il n'y a pas de demi-tour possible. » Ne plus avoir peur, ça ouvre des portes? « Oui. Maintenant, on peut se raconter des blagues sur Moubarak sans craindre d'être sur écoute téléphonique... »

Il faudra du temps, « quelques années peut-être », pour former une nouvelle société, mais elle garde confiance. Le changement est déjà entamé. « Mes enfants vivront dans un pays très différent. Tout le monde se sourit ici, les gens sont polis et semblent mieux se comporter avec les femmes. » Alors, verra-t-on une femme se présenter aux prochaines élections présidentielles? La réponse vient de Jasmine, 65 ans. « Non, les femmes sont trop sensibles. La politique, c'est un métier d'hommes. » Elle ajoute : « Il faudra du temps pour changer les mentalités, mais nous sommes patients. »

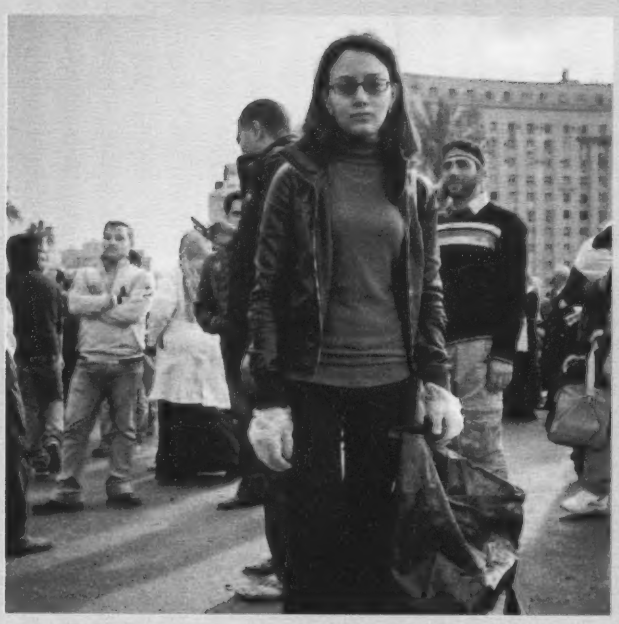
La révolution des femmes égyptiennes, ce n'est donc pas pour tout de suite. « Jusqu'à maintenant, hommes et femmes ont été égaux... dans l'oppression du régime », conclut Dina, une jeune médecin bénévole de 34 ans. ::

SOMMAIRE

6 FÉVRIER 2011
Durant la prière des hommes, une femme en burqa, coiffée d'un casque de chantier pour se protéger des jets de pierres, consulte le journal du jour.



10 FÉVRIER 2011
Radwa Fouda, 24 ans, étudie aux Beaux-Arts du Caire. Lors de ses visites à la place Tahrir, elle apporte sa touche à une fresque murale collective, une manière de « prendre part à l'effort de guerre avec [ses] pinceaux ».



10 FÉVRIER 2011
Omnya Adel, 25 ans, étudie à l'Université de Hambourg, en Allemagne. Elle est revenue au Caire après qu'un de ses amis a été blessé par balle, victime de la répression policière des premières manifestations. Il venait de mourir lorsqu'elle a atterri en Égypte. « Je ramasse les détritus de la place Tahrir pour nettoyer l'endroit où il est mort », confie-t-elle.

SOMMAIRE

10 FÉVRIER 2011

◀ **Dina, 34 ans, est médecin pour l'ONU au Caire. Chaque jour, elle se rend à la place Tahrir après son travail pour servir comme bénévole à la pharmacie de l'hôpital de fortune, installé dans une mosquée adjacente. «Hommes ou femmes, nous sommes tous égaux dans l'oppression du régime, et nous jouons le même rôle dans la révolution.»**

11 FÉVRIER 2011

▲ **Maria, 21 ans, étudiante en soins dentaires, fréquente la place Tahrir en secret pour ne pas inquiéter sa famille. «Le peuple a gagné sa dignité, sa fierté et sa voix. Maintenant, cette voix, nous devons l'utiliser pour en faire ce que nous voulons.»**

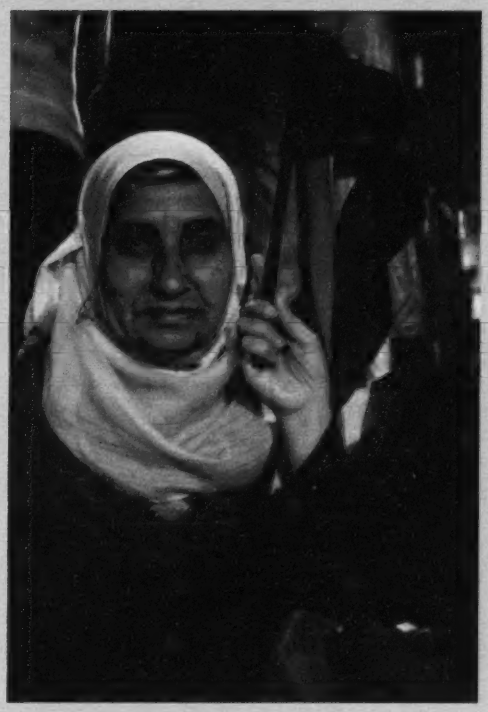
10 FÉVRIER 2011

◀ **Walaa Abdel Rzak, ou Luka pour les intimes. Cette jeune designer Web de 25 ans a travaillé d'arrache-pied durant deux jours pour mettre au point le site Internet de la révolution. «Je suis venue ici pour la première fois lors de la mise en ligne. Ma famille est très inquiète. Malgré cela, mon père, un ancien militaire, me soutient complètement. La preuve, voilà quatre heures qu'il m'attend dans un café adjacent à la place!»**

SOMMAIRE

11 FÉVRIER 2011
Aza El-Said, une femme au foyer de 43 ans, et sa fille Maria se sont installées sur la place et y restent nuit et jour. «Depuis que j'ai franchi les portes de la place, je me sens libre d'être Égyptienne. Avant, nous étions des moutons, mais maintenant, ça veut dire quelque chose.»

11 FÉVRIER 2011
▲ Mahasen, 60 ans. Quelques secondes à peine avant la prise de vue, Moubarak quittait le pouvoir. «Mon fils est parti en Autriche il y a 20 ans, et je ne l'ai jamais revu, dit-elle. Maintenant, j'ai retrouvé l'espoir de lui parler à nouveau.»



12 FÉVRIER 2011
◀ Jasmine, 65 ans. «Cette révolution, je n'aurais jamais osé en rêver. J'avais abandonné tout espoir, mais j'ai repris confiance grâce à l'enthousiasme de la jeunesse. Maintenant, nous savons que nous pouvons faire confiance à nos enfants, et nous les écouterons.»

SOMMAIRE

La revanche des gros

par Hélène Mercier

Dans cet univers, on n'est pas ronde. On est grosse. Les termes médicaux jugés trop cliniques – obésité, surcharge pondérale – et les euphémismes qui nourrissent l'idée que le gras est repoussant – enrobée, voluptueuse –, très peu pour les *fat studies*. « Les termes *surpoids*, *sous-poids* et *poids normal* supposent tous qu'il existe un poids idéal à atteindre, alors que dans les faits, la diversité des poids est souhaitable », estime la professeure Esther Rothblum.

Celle qui enseigne en études des femmes à l'Université d'État de San Diego est l'une des figures de proue de cette nouvelle discipline. « Les *fat studies* analysent de façon critique les attitudes sociétales envers le poids corporel et l'apparence, tout en défendant l'égalité pour tous, sans égard à leur tour de taille. À l'instar des champs d'études qui étudient la race, l'âge ou les genres, l'étude des gros pose la question : pourquoi y a-t-il discrimination et qui en profite? »

Plusieurs activistes et universitaires en ont soupé du discours anti-gros. Ils se sont donc rassemblés dans un grand mouvement de libération qui prend la forme d'une nouvelle discipline universitaire. Les *fat studies* peuvent-elles faire une différence?

Pour l'instant, aucune université dans le monde n'offre de programme de premier cycle en étude des gros. Il est par contre possible d'entreprendre des recherches à la maîtrise ou au doctorat. Suffit de dénicher un spécialiste qui en assurera la supervision. Le noyau principal d'experts se trouve aux États-Unis, mais la discipline gagne de nouveaux adeptes en Europe.

Anna Puhakka est doctorante à l'Université de Jyväskylä, en Finlande. Ses recherches chevauchent l'étude des genres et l'étude des gros. « Les deux disciplines visent une plus grande justice sociale, rapporte la jeune femme. Elles travaillent à reconnaître les différences et à apprendre de celles-ci. Il faut se poser des questions. Selon quels

SOMMAIRE

critères dirons-nous d'une personne qu'elle est grosse? Je crois entre autres que l'étiquette sera accolée beaucoup plus rapidement à une femme qu'à un homme. »

L'étude des gros gagne en popularité à une époque où l'obésité est passée au premier plan des politiques de santé publique dans le monde. Selon un récent rapport de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), dans près de la moitié des pays de la zone OCDE, 50 % des habitants ou plus ont un surplus de poids. On estime également que l'obésité et l'excès de poids sont responsables de 8 à 15 % des coûts de santé des pays industrialisés. Pandémie, situation alarmante, ravages croissants, tendance lourde: ce vocabulaire revient comme une désolante ritournelle lorsqu'il est question d'obésité.

Ces arguments sanitaires et médicaux auraient-ils comme résultat fâcheux d'intensifier la crainte des rondeurs? Esther Rothblum est convaincue que la lutte contre l'obésité n'est pas un mouvement médical, mais une obsession esthétique. « Certes, il est impossible de parler publiquement de l'étude des gros sans être questionné sur les effets du gras sur la santé ou sans se faire demander: "Pourquoi les gros ne peuvent-ils pas tout simplement perdre du poids?" Mais ces deux questions sont des armes de distraction massive », assure celle qui a cocoordonné la réalisation de *The Fat Studies Reader* (NYU Press), la bible du mouvement de libération des gros publiée en 2009. L'année suivante, cet ouvrage a remporté deux prix d'excellence, notamment celui pour le meilleur livre publié en études féministes, décerné par la Popular Culture Association.

Des inégalités pesantes

La discrimination des tailles fortes semble elle aussi prendre de l'expansion. Le rapport de l'OCDE conclut que les personnes obèses gagnent jusqu'à 18 % moins que celles de poids « normal ». Une donnée qui ne surprend pas la professeure californienne. « Plusieurs études ont démontré que les gros avaient moins de chances d'être embauchés ou promus à des postes supérieurs, et qu'ils étaient blâmés plus sévèrement que leurs collègues au poids considéré "normal". » Il a aussi été prouvé que les femmes sont davantage touchées que les hommes par cette discrimination à l'embauche, car elles occupent souvent des postes liés au service à la clientèle – serveuse, réceptionniste... –, où l'apparence peut devenir un critère de sélection.

> L'étude des gros gagne en popularité à une époque où l'obésité est passée au premier plan des politiques de santé publique dans le monde.

Chez nos voisins du sud, certains États et villes ont inscrit dans leur législation l'interdiction de discriminer quiconque pour une question de kilos. C'est le cas du Michigan et des villes de New York, San Francisco et Santa Cruz.

Au Québec, en 2002, un groupe de 2401 pétitionnaires a demandé à l'Assemblée nationale d'inclure le poids et les allusions aux rondeurs ou à la grosseur des femmes dans la liste des motifs de discrimination de la Charte québécoise des droits et libertés de la personne. Le texte affirmait que la grosseur ne devait surtout pas être considérée comme une maladie et « qu'on peut effectivement être de poids élevé, actif et en santé ». En guise de réponse, le ministre de la Justice de l'époque, Me Paul Bégin, renvoyait les pétitionnaires à une jurisprudence établie à la suite de la poursuite en discrimination d'une femme de poids élevé contre son employeur qui l'avait congédiée parce qu'elle ne correspondait pas à l'image de l'entreprise. Le jugement avait donné raison à la poursuivante sur le motif que son renvoi portait atteinte à la dignité de la personne. Nulle part la question du poids n'était invoquée comme cause véritable du congédiement.

Mis à part la récente Charte québécoise pour une image corporelle saine et diversifiée, initiative louable quoique non contraignante du ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine, le Québec ne s'est pas donné d'outils légaux pour interdire la discrimination fondée sur le poids.

Les *fat studies* pourraient-elles vraiment contribuer à enrayer la stigmatisation des personnes obèses? Difficilement, estime Diane Lesage, auteure du livre *Osez être ronde. Bien vivre avec son poids* (Les Éditeurs réunis, 2008). « Je pense que l'obésité est la cible parfaite d'une nouvelle religion, le "sanitarisme", qui tend avec force à considérer les gens comme des malades avérés ou en puissance, auxquels la médecine apportera le salut. Notre société est imprégnée de l'idéologie de la prévention de tout, à tout prix. Tant que celle-ci prévaudra, il sera difficile pour des initiatives comme les *fat studies* d'émerger et de faire une réelle différence. »

Un poids sur la conscience

Mathieu Roy, docteur en santé publique de l'Université de Sherbrooke et spécialiste des questions d'image corporelle et des troubles de poids, n'a jamais entendu le terme *fat studies*. Il opine du bonnet lorsqu'on lui dit que ce mouvement fait la promotion de la diversité corporelle. « Il est clair que notre société se préoccupe de façon excessive du poids et de la silhouette, et que cela crée d'autres problèmes de santé. Par exemple, cette obsession peut mener à

SOMMAIRE

de sérieux troubles de santé mentale. Il faut donc encourager la promotion d'une image corporelle saine, peu importe le poids. La maigreur n'équivaut pas à la santé », souligne-t-il. Mais il croit qu'il serait exagéré de minimiser les risques de la surcharge ou de l'insuffisance pondérale pour la santé.

La chercheuse finlandaise Anna Puhakka abonde en ce sens, mais nuance. « De nombreuses recherches ont démontré que les personnes qui se trouvent aux extrémités de la courbe des poids courent plus de risques de souffrir d'éventuels problèmes de santé. Toutefois, le discours moral qui accuse les personnes grosses d'être responsables de leur condition est extrêmement dangereux pour leur bien-être mental, sans parler de ceux et celles qui ne sont pas gros, mais craignent de le devenir. Ce discours est rempli de préjugés, et il émane parfois des spécialistes de la santé. »

Dans une étude publiée en 2010, les chercheurs du Rudd Center for Food Policy and Obesity de l'Université de Yale, aux États-Unis, ont démontré que la stigmatisation des gros entraine un cortège d'effets négatifs, tant sur leur santé mentale – perte d'estime de soi, dépression, anxiété – que physique, dont les maladies dues au stress. Et ce, sans compter leur obsession de maigrir. « C'est prouvé : les régimes à répétition, ça ne fonctionne pas. Les gens veulent

Et si le discours de la lutte contre l'obésité masquait une obsession esthétique, qui va jusqu'à la stigmatisation des personnes de poids élevé?

atteindre le corps médiatique parfait, mais à quel prix? » se questionne Mathieu Roy. En France, l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) réaffirme ce qui a été maintes fois démontré : plus on fait de régimes, plus on favorise la reprise pondérale. Après avoir examiné une quinzaine de régimes communément utilisés par les Français, dont Montignac et Weight Watchers, l'Anses a publié une étude, fin 2010, dans laquelle elle note que ces régimes « peuvent conduire à des inadéquations d'apports en vitamines et minéraux [...] et peuvent aussi provoquer des carences en fer et en vitamine D ». Allo sacrifices, bye-bye santé!

Et dans la catégorie discours « démonisant » : en 2009, des chercheurs de la London School of Hygiene & Tropical Medicine affirmaient que l'épidémie d'obésité mondiale était l'un des facteurs importants du réchauffement climatique. Dans le très sérieux *International Journal of Epidemiology*, ils déclaraient que « se déplacer dans un gros corps équivaut à conduire une voiture "gazivore" ». Le 22 janvier 2003, à deux mois du début de la troisième guerre du Golfe, le responsable de la santé aux États-Unis, le Dr Richard Carmona, avait quant à lui soutenu que l'obésité était « une menace plus sérieuse pour la santé des Américains que les armes de destruction massive que pourrait utiliser Saddam Hussein ».

Ce genre de commentaires alimente l'élan des militants qui s'organisent et mettent de l'avant l'idée que la santé peut prendre plusieurs formes. « Gros de ce monde, unissez-vous! Vous n'avez rien à perdre! » C'est sur cet appel à la mobilisation que se terminait le *Fat Liberation Manifesto*, écrit aux États-Unis en... 1983. La défense des gros ne date donc pas d'hier. Mais les préjugés sont difficiles à faire fondre. ::

SOMMAIRE

Le Réseau des Femmes d'affaires du Québec inc. (RFAQ) accompagne les femmes d'affaires dans leur quête de **réussite**, de **leadership**, de **prospérité** et de **solidarité**. Il privilégie depuis 30 ans :

l'entraide • le réseautage • la formation dans l'action

Le Réseau offre aux **entrepreneures, gestionnaires, professionnelles, commerçantes et travailleuses autonomes** travaillant dans toutes les sphères socioéconomiques du Québec des **moyens éprouvés et innovateurs** qui mettent en évidence leurs compétences, leur créativité et leur engagement :

- Activités de réseautage à l'échelle régionale, provinciale et internationale
- Programmes de formation, de coaching d'affaires et cellules d'entraide
- Banque de conférencières et de formatrices
- Femmes aux conseils d'administration
- Formation Femmes vers le sommet™
- Privilèges économiques avantageux
- Concours/Prix femmes d'affaires du Québec

RFAQ
Réseau des Femmes d'affaires du Québec

Tout comme ses membres, le RFAQ se démarque par son action, son goût du risque et de la réussite et son ouverture sur le monde. Cette synergie a engendré au fil de ses 30 ans une reconnaissance internationale et un réseau d'influence incontournable. Tél. : 514 521-2441 ou 1 800 332-2683 Téléc. : 514 521-0410 www.rfaq.ca

Le RFAQ, *au coeur de l'émergence des modèles féminins inspirants*

L'école pour tous

Josée Bouchard, présidente de la Fédération des commissions scolaires du Québec, n'a pas peur d'appeler un chat un chat : oui, les garçons décrochent plus que les filles, statistiques à l'appui. Son point de vue sur les répercussions, les causes et les solutions.

| par Pascale Navarro

Lors de son discours inaugural le 23 février, le premier ministre Jean Charest classait l'éducation parmi les cinq voies de l'avenir du Québec. Pour lui donner la place qui lui revient, une solution : intensifier les efforts pour favoriser la réussite scolaire des enfants, notamment des garçons.

Car les statistiques démontrent qu'un écart se creuse entre filles et garçons depuis les années 1970. « Ça fait longtemps que la Fédération des commissions scolaires du Québec suit les recherches sur la persévérance et la réussite scolaire et participe à tous les débats, explique Josée Bouchard, présidente de la Fédération et ex-présidente de la Commission scolaire du Lac-Saint-Jean. Et force est de constater que les garçons réussissent moins bien que les filles. Nier cette réalité, de crainte de stigmatiser les garçons, par exemple, équivaut à faire l'autruche. »

Pourquoi s'en inquiète-t-on plus aujourd'hui ? « Le milieu, particulièrement en région, a beaucoup axé son travail sur la persévérance scolaire ; c'est en analysant les statistiques qu'on a établi cet écart entre la réussite des filles et celle des garçons comme un problème. On ne peut pas se priver d'eux, ni des filles. Tous les jeunes, quel que soit leur sexe, sont notre avenir. »

Depuis 40 ans, le Québec connaît une baisse démographique. Déjà, des besoins en main-d'œuvre ne sont pas comblés, observe Mme Bouchard. « C'est le cas dans beaucoup de domaines, dont ceux traditionnellement occupés par des garçons. Par exemple, on connaît une pénurie d'opérateurs de machinerie, de plombiers, de préposés à l'entretien, pour ne parler que des métiers qui demandent une 5e secondaire. Il manque également de garçons dans les techniques au collégial. » On pourrait aussi parler de médecins généralistes, d'anesthésistes, de géologues, d'orthopédagogues, bref, de beaucoup de professions où l'on cherche déjà à pourvoir des postes.

Encourager les filles à se diriger vers des métiers traditionnellement masculins : voilà une partie de la solution. On élargirait ainsi le bassin de main-d'œuvre potentielle en plus de faire augmenter le salaire moyen des femmes qui, comme secrétaires, coiffeuses ou esthéticiennes, gagnent moins que les hommes qui pratiquent des métiers traditionnellement masculins, comme opérateur de machinerie lourde. « Ce serait l'idéal, approuve Josée Bouchard. Mais c'est un défi important. Déjà que les métiers ne sont pas valorisés au Québec, encore moins les métiers non traditionnels pour les filles... »

La présidente de la Fédération explique que si, depuis des décennies, on fait moins d'enfants, ceux qui sont là ne sont pas assez rapidement diplômés. « Ça retarde leur entrée sur le marché du travail, alors que nous ferons face à des départs massifs à la retraite et qu'il y aura des centaines de milliers d'emplois à combler... Le décrochage est donc un gros problème. »

Au-delà des clichés « victimisants » (l'école empêche les garçons de bouger) et des controverses démagogiques (il n'y a que des femmes comme modèles à l'école), le désinvestissement scolaire des garçons préoccupe Josée Bouchard, autant qu'il inquiète tout le réseau de l'éducation.

« Si on pense que le décrochage est dû à un trop grand nombre de modèles féminins dans l'enseignement, je crois qu'on se trompe. Ce n'est pas un bon diagnostic. » De plus, ajoute celle qui a été formée en ethnologie, les recherches démontrent qu'un grand nombre d'enseignantes n'a pas d'influence sur la réussite.

D'autres facteurs plus déterminants expliquent le désinvestissement scolaire des garçons. « Le nombre élevé de divorces ou de séparations depuis les années 1980, par exemple. Qu'on le veuille ou non, beaucoup de garçons se sont retrouvés avec leur mère, qui en obtenait la garde. Quand je dis cela, je ne juge rien, j'observe. Or en éducation, l'un des piliers de la réussite d'un enfant, c'est l'implication des parents dans l'accompagnement aux devoirs, le fait qu'ils le suivent dans ses activités scolaires, qu'ils s'investissent au quotidien. Si c'est toujours la mère qui s'implique, il manque un modèle d'investissement de soi, celui du père. » Selon Mme Bouchard, il ne faut pas craindre de nommer cette cause.

SOMMAIRE

Benoît Bruhmuller

Josée Bouchard

TAUX D'OBTENTION D'UN DIPLÔME DU SECONDAIRE SELON LE SEXE

	2005-2006	2007-2008	2008-2009[1]
Garçons	78,6 %	81,8 %	83,9 %
Filles	92,7 %	93,1 %	92,9 %

1 : Estimations

En 2007, le taux d'obtention d'un diplôme du secondaire observé chez les élèves du Québec était de 91 %, soit neuf points au-dessus de la moyenne observée pour l'ensemble des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).

En 2008, 18,3 % des personnes de 19 ans (dont 23,2 % de gars et 13,1 % de filles) n'avaient pas de diplôme du secondaire et ne fréquentaient pas l'école. Cette proportion était de 40,5 % en 1979.

Source : ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport

Valoriser l'enseignement pour le bien de tous

Elle estime tout de même dommage que l'école soit privée d'une plus grande présence masculine. Imputant ce problème de recrutement des hommes en éducation à un manque d'intérêt pour l'éducation en général, Josée Bouchard déplore que le Québec ne valorise pas l'instruction au sens large, et l'école publique en particulier. « Tout ce qu'on entend au sujet des profs, c'est qu'ils font un boulot épuisant et que ça va mal pour eux! » Mais elle relève un autre problème. « Les hommes qui excellent en sciences et en maths, par exemple, choisiront plus souvent le prestige et la rémunération d'emplois comme ingénieur, médecin ou chercheur, plutôt que d'enseigner ces matières. Si on valorisait l'enseignement, si les gens admiraient ce métier, plus d'hommes s'y intéresseraient. »

Peut-être. Mais une autre raison devrait encourager les hommes à enseigner. « Avoir plus d'hommes au primaire et au secondaire est souhaitable [...], pas seulement pour les modèles qu'ils offrent aux garçons, mais parce que la mixité est ce qui est le plus "nourrissant". Que les femmes et les hommes offrent leur approche, c'est ce qui importe. J'ai commencé l'école en 1964, année de la création du ministère de l'Éducation, et je suis toujours allée dans des écoles mixtes publiques. Je crois que c'est une formule pleine de bon sens. »

Le point d'ancrage de sa réflexion? Toute leur vie, garçons et filles vivront et travailleront ensemble. « De plus, les recherches ne sont pas du tout éloquentes quant au fait que séparer garçons et filles à l'école permette aux deux groupes de bien réussir. Ce qui compte, c'est la pédagogie, les activités, l'implication des parents. Voilà ce qui fera une différence dans la réussite des garçons tout comme des filles. »

Quant aux incitations financières pour attirer les hommes dans la profession, la présidente doute de leur efficacité. « Ce n'est pas une panacée, et surtout, je pense que les enseignants doivent choisir leur métier pour les bonnes raisons et croire à ce qu'ils font. Il faut être prudent avec les incitations financières... Va-t-on dire à une enseignante qu'elle vaut moins qu'un gars? Allons-y avec tact et prudence... »

Pour la lecture... et les tableaux

Selon Josée Bouchard, le problème de décrochage des garçons repose d'abord sur une question développementale. « Parce qu'ils "maturent" un peu plus tard que les filles, ils sont moins intéressés par la lecture dès que l'école commence. Or la lecture (et tout ce qui vient avec, c'est-à-dire la communication et le langage) est la clé de la réussite. » S'il y a une chose sur laquelle les recherches ne se contredisent jamais, poursuit-elle, c'est bien l'importance de la lecture. « Récemment, le président de Manufacturiers et exportateurs du Québec, Simon Prévost, l'a dit : il faut que nos jeunes travailleurs s'améliorent en français et en mathématiques, afin de pouvoir déchiffrer des problèmes. Et ce, même s'ils orientent leur choix de carrière vers un métier manuel qui n'exige pas d'études universitaires. La lecture, c'est la base de tout », rapporte-t-elle.

Et les tableaux interactifs? Josée Bouchard les approuve entièrement. « Si on veut prendre le virage technologique avec nos jeunes et les intéresser à l'école, il faut adopter ces nouvelles technologies. Elles ont des répercussions sur les approches pédagogiques, notamment parce que leur utilisation capte l'attention et des filles, et des garçons. » À l'argument voulant que l'on offre aux jeunes des joujoux électroniques en guise de pédagogie, Josée Bouchard répond que ce n'est pas la première fois qu'une invention bouleverse le monde... « Souvenez-vous quand la télé a été inventée; les gens se désolaient de ce changement. Bien sûr, si les parents ne contrôlaient pas la fréquence à laquelle leurs enfants la regardaient, il y avait des dérapages. » C'est la même chose pour les nouvelles technologies. « Il y a des règles. C'est notre rôle d'éducateurs d'ouvrir les horizons des jeunes, et c'est aussi celui des parents, comme de la société, de s'impliquer dans la réussite scolaire des enfants. » ::

SOMMAIRE

ÉDUCATRICES EN MILIEU FAMILIAL

La route est longue

Les 15 000 éducatrices en milieu familial du Québec revendiquent depuis longtemps de meilleures conditions de travail. Représentées par la FIPEQ-CSQ et la FSSS-CSN*, elles ont obtenu gain de cause auprès du ministère de la Famille et des Aînés en novembre dernier, au terme d'une première entente de principe. Congés payés, avantages sociaux… Les nouveaux acquis sont-ils suffisants? Oui et non, selon les principales concernées.

| par Melina Schoenborn

Nous sommes vendredi après-midi, à Buckingham, dans l'Outaouais. Dans une charmante maisonnette attenante à sa demeure, Odette Chartrand, 64 ans, danse la *macarena* avec sa deuxième famille : les six enfants inscrits à son service de garde Chez mamie. Un royaume éducatif en pleine nature. Par la fenêtre, on aperçoit des aires de jeux à l'orée d'un bois. Tandis que les petites voix clament des « *Viva España!* » enthousiastes, l'éducatrice achève bientôt sa semaine de 60 heures.

« Tous les jours, je vois les enfants se développer. C'est un cadeau de la vie! » souffle Mme Chartrand. Un cadeau qui coûte cher, toutefois. Malgré son horaire chargé, l'éducatrice a récolté un maigre salaire de 15 000 $ l'an dernier. « Mon emploi me nourrit spirituellement, mais je suis épuisée. » Que pense-t-elle des bénéfices inclus dans la nouvelle entente collective? « Ce qui nous a été accordé, je l'apprécie beaucoup. Trois semaines de vacances payées par année, ça aide à faire passer les journées de 10 h et plus. Cela dit, je ne comprends pas qu'on ait dû se battre si fort pour obtenir cet acquis de base. »

Au Québec, 92 000 enfants fréquentent un service de garde en milieu familial, alors que près de 80 000 petits passent leurs journées dans un centre de la petite enfance (CPE). Pourquoi les éducatrices ont-elles dû attendre si longtemps avant de bénéficier de conditions de travail décentes, comparables à celles de leurs homologues chapeautées par l'État? « Les membres de cette profession sont essentiellement des femmes. Des femmes qui travaillent à la maison, avec un statut de travailleur autonome, affirme Maria Luisa Ittura, membre du comité de négociation à la Centrale des syndicats du Québec (CSQ). Sans compter que le droit de nous regrouper ne nous a été accordé qu'en 2009. Pour toutes ces raisons, la reconnaissance sociale de notre métier a été très longue. Ça fait 13 ans qu'on se bat! »

Mme Ittura considère que c'est surtout sur le plan éthique que les éducatrices sortent gagnantes de cette première convention collective. Car avec ce document, le ministère de la Famille et des Aînés (MFA) a reconnu l'importance du rôle des responsables de service de garde en milieu familial dans le système éducatif québécois. *Exit* l'appellation de la « p'tite gardienne ». « Cette entente oblige à réévaluer la nature de l'emploi. Que vaut le travail d'une éducatrice? Il faut se poser la question », affirme la négociatrice.

Avant l'entente, le travail d'une éducatrice en milieu familial « valait » l'équivalent de 8 $ l'heure, alors que le salaire horaire minimum au Québec est de 9,50 $. Est-ce normal qu'une personne responsable du bien-être et de l'éducation de six enfants au quotidien ait le même revenu qu'une étudiante dans un emploi d'été? Le MFA

QUELQUES STATISTIQUES

- **Le salaire annuel moyen d'une éducatrice en milieu familial** pour la garde de six enfants était d'environ **25 000 $**, après avoir soustrait les dépenses de fonctionnement. La convention collective porte ce salaire à environ **30 000 $**.
- En moyenne, **les frais de nourriture pour les dîners** sont de **5 000 $** annuellement.
- **13 000** éducatrices en milieu familial sont représentées par la **FIPEQ-CSQ** et **2 000** autres par la **FSSS-CSN**.

Source : FSSS-CSN

MONTANTS QUOTIDIENS QUE REÇOIT UNE RESPONSABLE DE SERVICE DE GARDE EN MILIEU FAMILIAL POUR CHAQUE ENFANT

	AVANT LA CONVENTION COLLECTIVE	APRÈS LA CONVENTION COLLECTIVE
Subvention par enfant	19 $	20,07 $
Protections sociales (régimes de retraite et d'assurance collective, CSST, RRQ, RQAP)	0 $	3,92 $
Congés payés	0 $	1,35 $
Contribution des parents	7 $	7 $
Montant par enfant	**26 $**	**32,34 $**

SOMMAIRE

L'imagier

◀ Odette Chartrand en compagnie de cinq des six enfants inscrits à son service de garde Chez mamie.

François Beauregard

▲ Un métier majoritairement féminin et le droit de se regrouper accordé tardivement expliquent sans doute le nombre d'années passées à se battre pour la reconnaissance de ce métier, soutient Maria Luisa Ittura, membre du comité de négociation de la CSQ.

semble avoir répondu que non. Avec les nouveaux acquis, on peut estimer que le taux horaire des éducatrices grimpe à environ 10,50 $. « C'est toutefois difficile à calculer, car plusieurs dépenses fluctuent : entretien de la garderie, ménage, désinfection des jouets, sorties, achat et préparation de la nourriture... » nuance M^me^ Ittura.

Stéphanie Sangollo tient une garderie en milieu familial à Montréal. Elle est également très satisfaite d'obtenir 16 jours de congés payés par année. Mais là où le bât blesse, selon elle, c'est sur le plan de l'augmentation de la subvention par jour par enfant versée par le MFA, qui augmente seulement de 1,07 $.

M^me^ Sangollo s'investit à fond dans son métier et organise deux sorties par semaine avec les enfants : à la bibliothèque, au Jardin botanique, au théâtre... Des activités qu'elle paie souvent de sa poche. Sans compter le matériel pour les jeux et le bricolage. « Rien que la nourriture me coûte 10 000 $ par an si je veux offrir des dîners de qualité, relate-t-elle. Il me reste 20 000 $ en salaire annuel. Et le coût de la vie augmente... »

Pourquoi faire ce métier ? lui demande-t-on parfois, elle qui détient un bac en éducation et est inscrite à la maîtrise. Un coup de cœur, répond-elle. Mais cela ne l'empêche pas de souhaiter ardemment que le gouvernement investisse plus. Son verdict final sur la convention collective :

Michel Giroux

▲ Sylvaine Dumais, négociatrice à la FSSS-CSN et éducatrice, croit que cette convention est un gain significatif pour l'avancement du métier.

« Nous verrons dans trois ans, au terme de cette première entente. Les négociations seront plus corsées ensuite. »

De son côté, Maria Luisa Ittura insiste sur l'importance d'inciter les parents et le Ministère à réfléchir aux valeurs de notre société. « Plus les éducatrices auront une meilleure qualité de vie au travail, plus les petits seront heureux. L'avenir, c'est eux ! »

Elle affirme qu'il faut être patient, y aller progressivement. « Quand on part de rien et qu'on obtient le respect et la protection sociale, on peut dire qu'on a obtenu des résultats satisfaisants. Mais bien sûr, il reste du chemin à faire. »

Sylvaine Dumais, négociatrice à la FSSS-CSN (la seconde instance syndicale qui représente les éducatrices), abonde en ce sens. « Nous avons revendiqué une subvention quotidienne de 37 $ par enfant auprès du gouvernement, incluant les 7 $ versés par les parents. Au terme de l'entente, en 2013, nous aurons presque atteint 35 $ par enfant par jour. Nous serons alors près du montant demandé. Mais déjà, nous ne sommes plus considérées comme de simples gardiennes. Avant, nous étions enfermées dans nos maisons. La convention est un gros gain pour l'avancement de ce métier majoritairement féminin », affirme celle qui est également éducatrice à Amqui depuis 20 ans.

Patience, donc. En attendant, Odette Chartrand sera fidèle au poste lundi pour accueillir les petits. Ces derniers auront une discussion sur les chats, bricoleront, joueront dans la forêt, mangeront leurs légumes et, pour faire plaisir à « mamie », feront leur sieste. Pendant ce temps, Odette rêvera éveillée à sa prochaine augmentation de salaire... ::

* Fédération des intervenantes en petite enfance du Québec-Centrale des syndicats du Québec et Fédération de la santé et des services sociaux-Confédération des syndicats nationaux

SOMMAIRE

Daniel Lanteigne

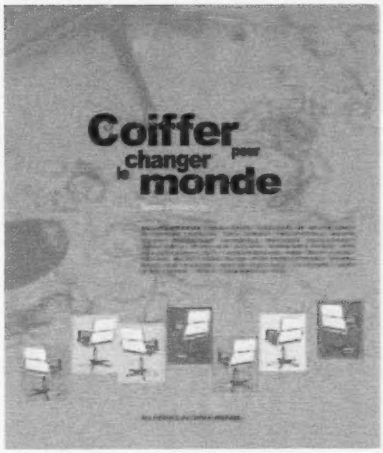
Les artisanes de l'aventure : la photographe Diane Trépanière, entourée de la coiffeuse Nathalie St-Germain (à gauche) et de Léonie Couture, directrice générale et fondatrice de La rue des femmes.

À un cheveu de changer le monde

Se sentir belle et aimée, pas facile quand on vit dans la rue. Mais une fois l'an, c'est chose possible pour celles qui fréquentent La rue des femmes. La coiffeuse Nathalie St-Germain et la photographe Diane Trépanière peuvent en témoigner : jamais mise en plis n'aura été si bénéfique.

par Anne-Christine Schnyder

Comme artiste autant que comme féministe, Diane Trépanière s'est toujours sentie en situation d'errance. « Dans le sens surtout de quête de soi, d'identité », précise-t-elle. C'est entre autres pour cette raison qu'elle a décidé de s'impliquer, dès l'an 2000, auprès de l'organisme montréalais La rue des femmes, qui aide les femmes en état d'itinérance. Elle y a mis sur pied un atelier de photo pour celles qui viennent frapper à la porte du centre d'hébergement. « C'est mon féminisme qui m'a amenée à la photographie. Pour moi, travailler sur l'image et l'identité des femmes, c'était une façon d'être active dans la contestation. L'art contribue à déboulonner des stéréotypes, nous aide à définir nos propres territoires. C'est une reconquête de soi, une mise au monde. »



Elle a beaucoup parlé de son travail auprès de La rue des femmes à sa coiffeuse, Nathalie St-Germain, propriétaire du Salon Horizon, à Montréal. Tellement que cette dernière a décidé de faire sa part. En 2002, elle a ouvert son

SOMMAIRE

salon durant deux jours aux femmes en difficulté et les a coiffées gratuitement. Diane Trépanière a proposé de prendre des photos. Voyant l'engouement suscité, Nathalie St-Germain en a fait une journée annuelle, qu'elle a baptisée Coiffer pour changer le monde. « Ces femmes entrent dans le salon avec les épaules basses et en ressortent la tête haute, transformées », déclare Diane Trépanière. Les premières années, elle n'a pu prendre que quelques photos. « Quand on n'est pas en forme et qu'on ne se sent pas bien dans sa peau, on n'aime pas nécessairement se faire photographier... » explique-t-elle. Mais au fil des ans, un lien de confiance s'est développé, et les femmes se sont laissé amadouer par sa lentille.

Le 16 mai, Coiffer pour changer le monde célébrait son 10e anniversaire. Pour marquer le coup, raconter cette merveilleuse aventure, mais aussi pour rendre hommage à Nathalie St-Germain pour son engagement, Diane Trépanière a réalisé un ouvrage composé d'autoportraits (écrits) et de portraits (photos) de clientes d'un jour, de coiffeuses, de bénévoles et de membres du personnel de La rue des femmes. Le livre regorge de témoignages de participantes qui disent à quel point elles se sentent accueillies, acceptées, valorisées, dorlotées durant cette journée qu'elles qualifient de rêve. Elles oublient leurs difficultés, reprennent confiance en elles, brisent leur isolement.

L'ouvrage a aussi des visées mobilisatrices. « En plus de dévoiler de belles femmes, de beaux caractères, il met en valeur un événement citoyen qui a commencé tout petit et qui a grandi. On espère qu'il incitera d'autres salons et maisons d'hébergement à s'associer pour que ça devienne un mouvement à l'échelle provinciale », conclut la photographe. ::

Diane Trépanière (sour la dir. de), *Coiffer pour changer le monde*, Les éditions du remue-ménage, 2011, 102 p.

PLUS D'INFO :
www.laruedesfemmes.org

Les quatre lettres d'une **longue histoire**

HeLa. Derrière cet acronyme désignant les premières cellules humaines immortelles qui ont révolutionné la science se cache Henrietta Lacks. Celle à qui on a pris des cellules à son insu, peu avant qu'elle ne décède d'un cancer en 1951, à 31 ans. En savoir plus sur cette Américaine noire, de condition plus que modeste et dont l'identité n'a été révélée que dans les années 1990 a occupé la journaliste Rebecca Skloot durant plus de 10 ans. Après d'innombrables recherches, elle nous livre ici le récit passionnant de l'histoire d'Henrietta, de sa famille (qui vit encore dans la pauvreté) et des scientifiques impliqués dans l'aventure. Elle nous raconte aussi les percées médicales, les vaccins et les traitements auxquels ont mené les fameuses cellules. Elle soulève enfin bien des questions sur la recherche médicale, l'éthique, « l'immortalité ». Absolument captivant!

Rebecca Skloot, *La vie immortelle d'Henrietta Lacks*, Calmann-Lévy, 2011, 435 p.

Femmes d'**exception**

Dans *Elles ont fait l'Amérique*, premier tome d'une trilogie inspirée de la série radiophonique *De remarquables oubliés*, diffusée à Radio-Canada, Serge Bouchard et sa compagne Marie-Christine Lévesque nous font découvrir 15 femmes ayant vécu du 17e au 20e siècle et qui, chacune à leur manière, ont réalisé des exploits. Ces portraits pleins d'humanité de femmes méconnues nous présentent des Amérindiennes, des Canadiennes, des Françaises, blanches, noires et métisses. Des survivantes (dont Shanadithit, la dernière Indienne béothuk), des exploratrices (telle Mina Benson Hubbard qui, en 1905, a sillonné le Labrador et en a cartographié la partie la plus difficile), des guerrières (comme Françoise-Marie Jacquelin, qui n'a pas hésité à se sacrifier pour son mari et ses terres). Des pionnières, des esclaves aussi, dont les voix se sont éteintes et qui, grâce à ce livre, ont la chance de se faire entendre.

Serge Bouchard et Marie-Christine Lévesque, *Elles ont fait l'Amérique*, Lux Éditeur, 2011, 448 p.

L'enfance, **période majeure**

Dévastatrice ou constructrice, l'enfance a une incidence indéniable sur la vie adulte. Le journaliste Mario Proulx, animateur et réalisateur de séries radiophoniques, et sa collaboratrice Eugénie Francoeur sont partis en quête des fondements d'une enfance heureuse et, conséquemment, d'une vie équilibrée et épanouie. En compagnie de spécialistes, dont le Dr Julien, le pédopsychiatre Marcel Rufo, la sage-femme Isabelle Brabant, ils ont abordé différents sujets ayant plus ou moins directement trait à cette période cruciale : le sentiment d'impuissance que l'on ressent enfant, les césariennes sur demande, l'intégration des enfants immigrés, les conséquences des séparations, le droit des enfants et le devoir des parents... Dans la deuxième partie de l'ouvrage, des personnalités québécoises (dont la journaliste Josée Blanchette et l'actrice Pascale Montpetit) signent des textes sous forme de réflexions ou de témoignages.

Mario Proulx (sous la dir. de) et Eugénie Francoeur (collab.), *Une enfance pour la vie*, Bayard, 2011, 304 p.

SOMMAIRE

PRIX ÉGALITÉ

Félicitations
aux organisations lauréates!

Sous la présidence de la ministre de la Culture, des Communications et de la Condition féminine, M^me^ Christine St-Pierre, le quatrième gala du Prix Égalité a eu lieu le 15 mars 2011.

Le Prix Égalité vise à faire progresser l'égalité entre les femmes et les hommes au Québec en faisant connaître les initiatives porteuses d'inspiration pour la société québécoise.

Les organisations lauréates 2011 sont :

Catégorie Modèles et comportements égalitaires

Femmes et production industrielle, Bécancour
La Mini-trousse d'Ella Laflamme
www.projetfpi.com

Catégorie Égalité économique

Centre d'intégration au marché de l'emploi (CIME), Sherbrooke
La compétence n'a pas de sexe : guide pour l'intégration et le maintien des femmes en formation et en milieu de travail traditionnellement masculin
www.cime-emploi.com

Catégorie Conciliation travail-famille

Syndicat des agricultrices du Bas-Saint-Laurent, Rimouski
Coopérative d'utilisation de main-d'œuvre agricole – Conciliation travail-famille

Catégorie Santé

Fondation de la visite, Montréal
Briser l'isolement des familles immigrantes
www.delavisite.org

Catégorie Prévention de la violence

La Traversée – Saint-Lambert
Prévention de la violence et philosophie pour enfants
www.latraversee-pvphie.com

Catégorie Pouvoir et régions

Femmes et politique municipale de l'Estrie, Sherbrooke
La Caravane municipale
www.electionsmunicipalesestrie.org

Le nouveau prix « Coup de cœur » du public a été déterminé par le vote en ligne qui s'est tenu du 14 février au 10 mars 2011.

La légende d'Aigle-Doré
Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec, Wendake

Projet finaliste dans la catégorie Modèles et comportements égalitaires

Pour obtenir plus ample information au sujet du Prix Égalité, consultez le site Web du Secrétariat à la condition féminine à l'adresse www.scf.gouv.qc.ca.

Culture, Communications et Condition féminine
Québec

Le péril du couple

CATHERINE GAREAU-BLANCHARD*

Aujourd'hui, avouer que l'on croit au couple semble ridicule. Et pourtant, en tant que jeune femme qui amorce son entrée dans la vie adulte et amoureuse, c'est ce que j'ose affirmer. Même si je me sens anachronique ou simplement naïve. Car autour de moi, l'image du couple qui m'est renvoyée est souvent déprimante, pessimiste. Bref, tout sauf prometteuse.

Les spécimens réels qui m'entourent constituent déjà un portrait très peu reluisant de la vie amoureuse. Voilà qu'en plus, je constate qu'au petit écran québécois, on enfonce le clou. Quel genre de message envoie-t-on au jeune public sur l'avenir relationnel qui l'attend?

Les exemples sont aussi nombreux qu'éloquents. Je n'ai qu'à mentionner l'insupportable Lyne-la-pas-fine de la télésérie *Les Invincibles* pour susciter des grincements de dents. Célèbre pour son comportement castrant, elle est devenue un symbole de l'oppression des hommes trentenaires insatisfaits en ménage. Le personnage de Sarah dans *C. A.* n'est guère mieux, cliché de la femme à la libido zéro, menant son couple et sa famille d'une main de fer, détruisant chez son conjoint toute trace de liberté ou d'individualité.

L'image de leurs pendants masculins n'est certainement pas plus flatteuse! Stéréotypant une génération d'hommes provenant tous du même moule d'immaturité, la télé les présente comme de grands enfants dépourvus d'autonomie.

Pourtant, tout cela n'est rien comparativement à une récente publicité de la Cage aux sports, dans laquelle un jeune couple mange en silence lors d'un tête-à-tête visiblement ennuyeux. Alors que sa compagne s'enquiert auprès de monsieur s'il apprécie son repas, l'homme voit son imagination débordante le porter sous de meilleurs cieux, vers une Cage aux sports bondée et bruyante, où il se retrouve tout gueulant devant une abondance de nourriture, d'alcool, d'écrans géants et de serveuses soumises qui lui offrent une vue plongeante de leur décolleté en même temps qu'un plat d'ailes de poulet épicées. « Plus l'fun », dit le slogan. Je dois avouer que cette vision m'a laissée bouche bée. Pire, je l'ai vécue comme un véritable affront.

C'est donc ça, la vie de couple. Ce dont il faut se satisfaire quand on s'y est bien enfoncé, et qu'on en est prisonnier. Des femmes assoiffées de pouvoir et des hommes qui fuient l'engagement comme la peste. Le couple, c'est l'ennui.

Malgré mon penchant prononcé pour la justice et l'équité, je n'avais jamais été interpellée par les luttes féministes avant cette prise de conscience. Je n'avais absolument rien contre leur existence mais, me considérant déjà très gâtée par les droits acquis par mes ancêtres, je n'avais pas en moi le feu sacré de la lutte pour la condition des femmes. Peut-être était-ce aussi dû au fait que je n'avais jamais été confrontée à une situation où je me serais sentie discriminée en raison de mon sexe, que ce soit au travail, à l'école ou à la maison. Mais le portrait du couple que brosse actuellement le paysage télévisuel québécois, plus particulièrement cette pub insolente, est venu toucher chez moi un point sensible. J'en ai eu assez de voir les femmes constamment présentées comme des mégères, comme des contraintes à l'épanouissement personnel de leur conjoint.

Personnellement, je ne dirais pas non à encore un peu de naïveté. J'aimerais ne pas être cynique et désabusée avant d'avoir pu vivre mes propres expériences. Voici ce que je revendique: croire au couple (et à son extension, la famille) quelques années encore, ou simplement lui laisser une chance, au lieu de voir tuées dans l'œuf toutes ses promesses au nom du réalisme. ::

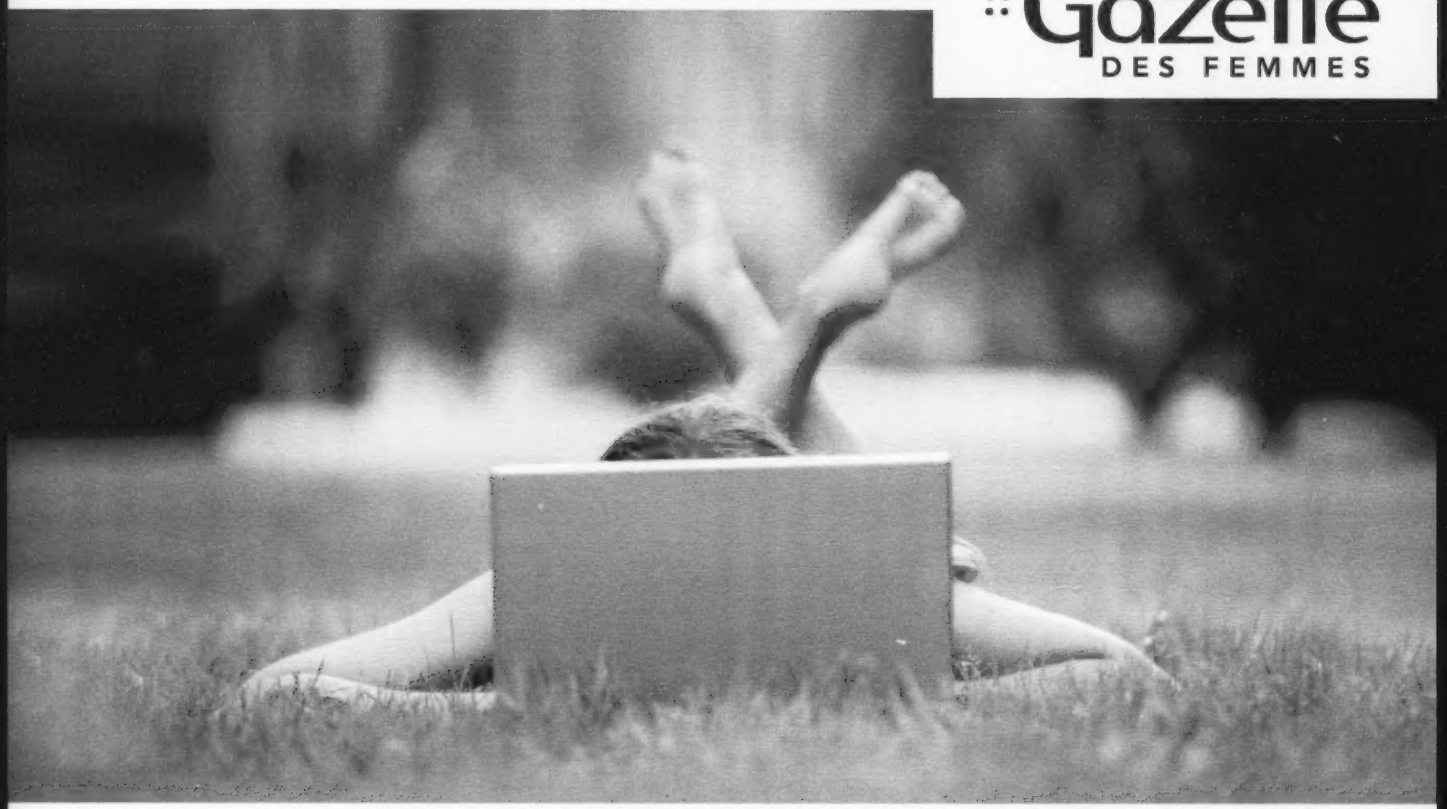
* Catherine Gareau-Blanchard étudie à l'UQAM en travail social. Elle aspire à se démarquer dans son domaine en contribuant à la communauté, ainsi qu'à œuvrer dans le milieu artistique.

SOMMAIRE

Femme = homme
Vraiment ?

Des réponses dans la *Gazette des femmes*

:: Gazette DES FEMMES



La *Gazette des femmes* s'intéresse à la réalité des femmes actuelles et aux défis auxquels elles font face.

Notre publication souhaite susciter la réflexion en proposant des débats sur des sujets connus et controversés, des dossiers d'envergure, des reportages des quatre coins de la planète, des entrevues avec des femmes et des hommes qui ont des idées pour réussir à édifier une société égalitaire pour toutes et tous.

Servez-vous de cet outil pour relayer les valeurs d'égalité entre les sexes!

Inscrivez-vous à la liste d'envoi au

www.placealegalite.gouv.qc.ca

La *Gazette des femmes* est publiée **gratuitement** cinq fois par année et est accessible en tout temps sur Internet.

Conseil du statut de la femme
Québec